



第 22 回日本医療経営学会学術集会・総会

「環境激変！どうする病院」

—機能分化・働き方改革・DX 等が進む中での病院の戦略—

プログラム・抄録集

2023 年 11 月 11 日(土)

国立オリンピック記念青少年総合センター

ご挨拶

ようやくコロナ禍も一段落し、第22回の日本医療経営学会学術集会・総会は2023年11月11日（土）、東京都渋谷区の「国立オリンピック記念青少年総合センター」にて開催いたします。

今会のテーマは「環境激変！どうする病院」－機能分化・働き方改革・DX等が進む中での病院の戦略－といたしました。2025年に向けて地域医療計画の見直し、地域医療構想調整会議の開催が進むにつれ、機能別必要病床数と現有病床数の乖離が改善されつつあり、病院の機能分化は着々と進んでいます。

2022年2月には救急車を年間200台以上受け入れる病院にのみ看護師の4,000円の処遇改善交付金が支給され、同年10月にはその交付金を12,000円に引き上げ診療報酬化するなど、診療報酬、調整会議以外の手段による病院淘汰が始まっている気配もあります。

医療費が健保組合や国家財政を圧迫しつつある現在、かつての様な医療機能の自由な選択が困難となるのみならず、ひとたび医療機能が限定されると、それを変更する事が困難な状況が作られつつあります。

この難しい経営環境を克服しつつ、人口動態の変化、患者の受療行動の変化に対応し、高齢者人口がピークを迎える2040年に向け、各病院は自院の最適解を模索せねばなりません。

基調講演、シンポジウムは上記テーマを包含した内容を予定しており、基調講演は香取照幸様に「病院機能分化の変遷と今後の展望」、中林梓様に「2024年度ダブル改定の展望」をお願いいたしました。

シンポジウムは川原丈貴座長に「環境激変に対する民間病院の対応」、高橋泰座長に「医療関連21世紀創業起業の最先端事情」をお願いいたしました。どうか今後の医療界、病院業界の進路を探る意義ある学会とするべく、会員の皆様に置かれましては活発なご討議をお願い申し上げます。

第22回日本医療経営学会学術集会
会長 古城資久
医療法人伯鳳会 理事長

開催概要

名称： 第22回日本医療経営学会学術集会・総会
テーマ： 「環境激変！どうする病院」
－機能分化・働き方改革・DX等が進む中での病院の戦略－
日時： 2023年11月11日（土）09：30～17：35
会場： 国立オリンピック記念青少年総合センター センター棟 4階教室
会長： 医療法人伯鳳会 理事長 古城 資久
実行委員長： 国際医療福祉大学 教授 高橋 泰

目 次

「環境激変！ どうする病院」 —機能分化・働き方改革・DX等が進む中での病院の戦略—

ご挨拶・開催概要.....	1
会場案内図	4
プログラム	5
会長講演 「環境激変！ どうする病院」 古城 資久（医療法人伯鳳会理事長）	11
基調講演 「病院の機能分化の変遷と今後の展望」 香取 照幸（厚生労働省元年金局長・雇用均等・児童家庭局長、 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事）	13
教育講演 「2024 年度ダブル改定の展望」 中林 梓（株式会社 ASK 梓診療報酬研究所所長）	16
ランチョンセミナー 「AI・ICT を活用した多言語対応の取り組みについて」 遠藤 舞（株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS）	45
シンポジウム 1 「環境激変に対する民間病院の対応」 座長 川原 丈貴（川原経営総合センター代表取締役） 小川 聡子（医療法人社団東山会理事長） シンポジスト 米盛 公治（社会医療法人緑泉会理事長）	49
室谷 ゆかり（医療法人社団アルペン会理事長）	51
小川 聡子（医療法人社団東山会理事長）	53

シンポジウム2「医療関連 21 世紀創業起業の最先端事情」

座長 高橋 泰（国際医療福祉大学教授）

上村 久子（株式会社メディフローラ代表取締役）

シンポジスト

坂野 哲平（株式会社アルム代表取締役）	57
中西 智之（株式会社 Vitaars 代表取締役）	59
逆瀬川 光人（株式会社ヘンリー代表取締役）	63
菊池 亮（ファストドクター株式会社代表取締役）	65

一般演題ポスター発表

座長：寺崎 仁（メディカルコンサルティングオフィス・JIN 代表）

山田 雄大（医療法人伯鳳会 介護老人保健施設はくほう）	69
小池 聡（医療法人積仁会 旭ヶ丘病院）	70
井上 秀一（追手門学院大学）	72
菊地 諒大（広島国際大学 医療・福祉科学研究科）	73

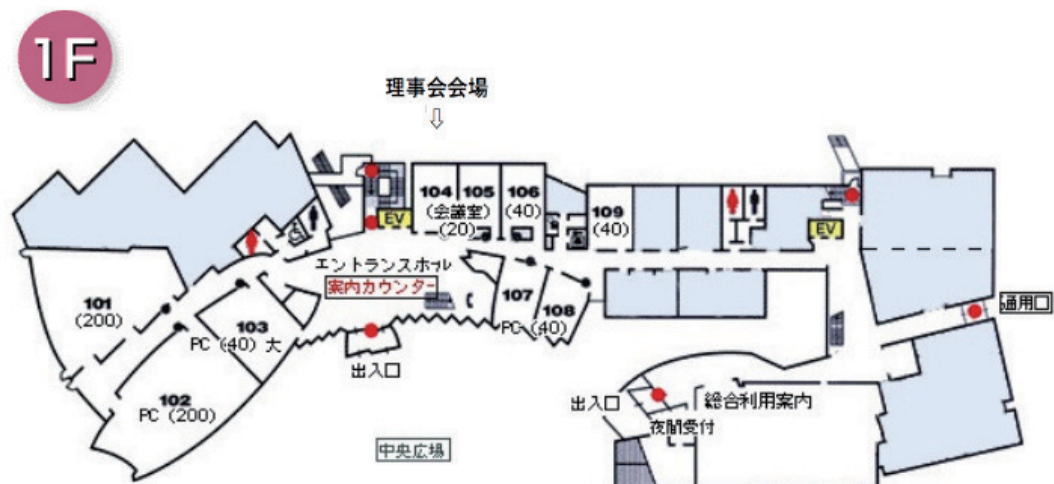
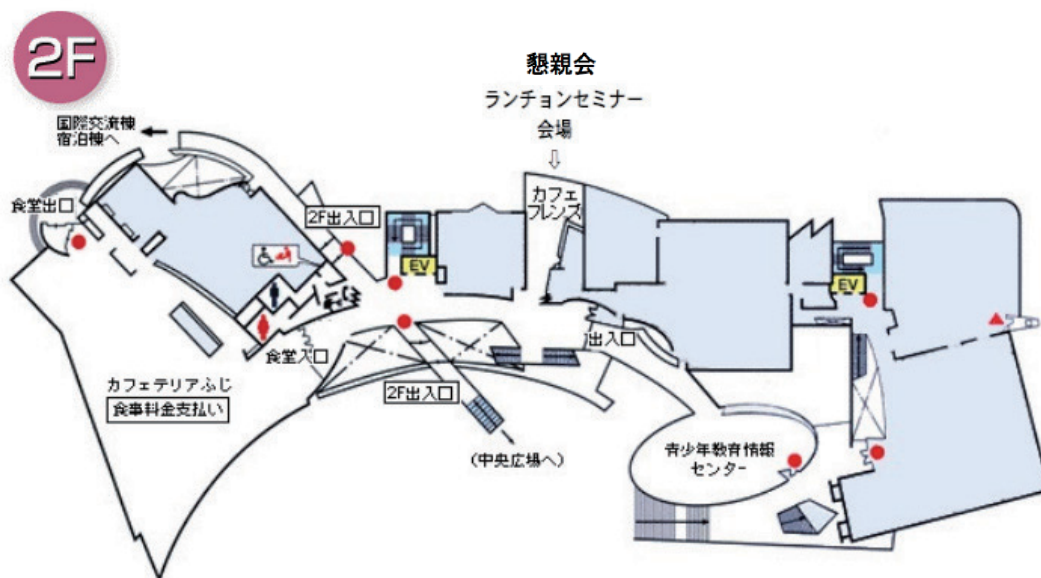
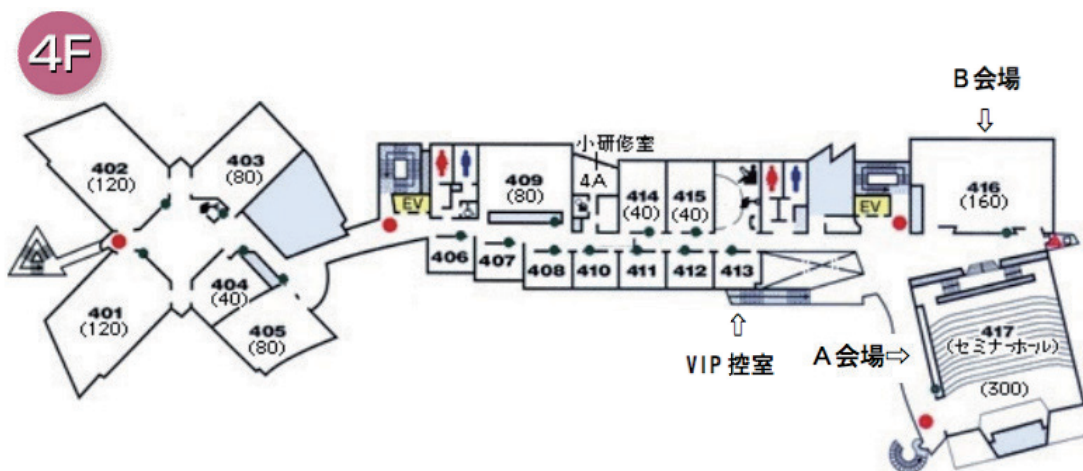
座長：白髪 昌世（広島国際大学教授）

中村 崇裕（東洋大学大学院 経営学研究科）	75
羽明 英敏（国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科）	76
藪下 千恵美（国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野）	78

広告	83
----------	----

会場レイアウト

国立オリンピック記念青少年総合センター センター棟



2023年11月11日(土)		プログラム		
会場 時間	A会場 417教室	B会場 416教室	C会場 104教室	
09:00～09:30	受付			
09:30～09:40	開会挨拶		ポスター マウント	
09:40～11:00	会長講演：環境激変！どうする病院 演者 古城資久先生（医療法人伯鳳会理事長） 基調講演：病院の機能分化の変遷と今後の展望 演者 香取照幸先生（厚生労働省元年金局長・雇用均等・児童家庭局長、一般社団法人未来研究所臥龍代表理事）		展示	
11:00～11:10	休憩			
11:10～12:10	教育講演：2024 年度ダブル改定の展望 演者 中林 梓先生（株ASK梓診療報酬研究所所長）			
12:10～13:00	ランチョンセミナー（会場：カフェフレンズ） 共催：株BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS （旧 株BRICK's）			理事会
13:00～13:15	会員総会			
13:15～14:45	シンポジウム1 環境激変に対する民間病院の対応 座長 川原丈貴先生（川原経営総合センター代表取締役） 小川聡子先生（医療法人社団東山会理事長） シンポジスト 米盛公治先生（社会医療法人緑泉会理事長） 室谷ゆかり先生（医療法人社団アルペン会理事長） 小川聡子先生（医療法人社団東山会理事長）			
14:45～14:55	休憩			
14:55～15:30			一般演題 ポスター	
15:30～17:30	シンポジウム2 医療関連21世紀創業企業の最先端事情 座長 高橋 泰先生（国際医療福祉大学教授） 上村 久子先生（株メディフローラ代表取締役） シンポジスト 坂野哲平先生（株アルム代表取締役） 中西智之先生（株Vitaars代表取締役） 逆瀬川光人先生（株ヘンリー代表取締役） 菊池 亮先生（ファストドクター株代表取締役）			
17:30～17:35	挨拶（次年度学術集會長） / 閉会挨拶			
17:45～20:00	情報交換会（懇親会）			

09:00-09:30 受 付

A会場（4F 417教室）

09:30-09:40 開会挨拶

会長 古城 資久（医療法人伯鳳会理事長）

09:40-10:20 【会長講演】「環境激変！どうする病院」

座長 大道 久（一般社団法人日本医療経営学会理事長）

演者 古城 資久（医療法人伯鳳会理事長）

10:20-11:00 【基調講演】「病院の機能分化の変遷と今後の展望」

座長 寺崎 仁（メディカルコンサルティングオフィス・JIN代表）

演者 香取 照幸（厚生労働省元年金局長・雇用均等・児童家庭局長、
一般社団法人未来研究所臥龍代表理事）

11:00-11:10 休 憩

11:10-12:10 【教育講演】「2024 年度ダブル改定の展望」

演者 中林 梓先生（株式会社ASK 梓診療報酬研究所所長）

ランチョンセミナー会場（2F カフェ「フレンズ」）

12:10-13:00 【ランチョンセミナー】

「AI・ICTを活用した多言語対応の取り組みについて」

座長 仲井 培雄（芳珠記念病院理事長）

演者 遠藤 舞（株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS）

共催 株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS

A会場（4F 417教室）

13:00-13:15 会員総会

13:15-14:45 【シンポジウム1】環境激変に対する民間病院の対応

座長 川原 丈貴（川原経営総合センター代表取締役）

小川 聡子（医療法人社団東山会理事長）

シンポジスト

「環境激変に対する民間病院の対応」

米盛 公治（社会医療法人緑泉会理事長）

「時代に負けず、仲間と共に」

室谷 ゆかり（医療法人社団アルペン会理事長）

「生活支援型急性期病院と基幹型病院 病院機能分化の今後はこれ」

小川 聡子（医療法人社団東山会理事長）

14:45-14:55 休 憩

B会場（4F 416教室）

14:55-15:30 【一般演題ポスター発表】

座長：寺崎 仁（メディカルコンサルティングオフィス・JIN代表）

A-1 14:55-15:03 「ユニット型での取り組みが与えた影響について」

山田 雄大（医療法人伯鳳会 介護老人保健施設はくほう）

A-2 15:03-15:11 「病床の機能転換から新病院建築による患者増」

小池 聡（医療法人積仁会 旭ヶ丘病院）

A-3 15:11-15:19 「医療機関の管理会計システムとCOVID-19

ーある地域の中規模私立医療法人におけるBSCの実践ー

井上 秀一（追手門学院大学）

A-4 15:19-15:27 「看護師の職業継続意思の規定因に関する一考察

ー地方における公立A病院を事例としてー

菊地 諒大（広島国際大学 医療・福祉科学研究科）

座長：白髪 昌世（広島国際大学教授）

B-1 14:55-15:03 「医療消費者の診療所選択プロセス

ー都市近郊に居住する会社員を対象としたM-GTA分析ー

中村 崇裕（東洋大学大学院 経営学研究科）

B-2 15:03-15:11 「大都市圏と地方都市圏における地域連携診療計画加算の取得状況について」

羽明 英敏（国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科）

B-3 15:11-15:19 「セクター別に見た医師不足の定量的考察」

藪下 千恵美（国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野）

A会場（4F 417教室）

15:30-17:30 【シンポジウム2】医療関連21世紀創業起業の最先端事情

座長 高橋 泰（国際医療福祉大学教授）

上村 久子（株式会社メディフローラ代表取締役）

シンポジスト：

「医療D x 関連企業」

坂野 哲平（株式会社アルム代表取締役）

「私にとっての起業」

中西 智之（株式会社Vitaars代表取締役）

「人類の医療・介護のインフラの構築を目指して」

逆瀬川光人先生（株式会社ヘンリー代表取締役）

「在宅医療」

菊池 亮（ファストドクター株式会社代表取締役）

17:30-17:35 次年度学術集会会長 挨拶 寺崎 仁（メディカルコンサルティングオフィス・JIN代表）

閉会 挨拶 会長 古城 資久

17:45-20:00 情報交換会 会場（2F カフェ「フレンズ」）

講演

【会長講演】

「環境激変！ どうする病院」

講師略歴



古城 資久（こじょう もとひさ）

1958 年岡山県生まれ。’84 年日本大学医学部卒業。同年岡山大学第二外科に入局。その後、坂出市立病院、国立岡山病院、倉敷第一病院を経て’93 年医療法人伯鳳会赤穂中央病院に勤務。

2001 年に同法人理事長に就任してからは、伯鳳会グループのイノベーションに着手。現在では、兵庫県、大阪府、東京都、埼玉県で 10 病院をはじめ、社会福祉法人立の特養や介護事業のほか、福祉用具販売、医療専門学校などトータル 70 事業所を展開する医療福祉グループへと発展させた。

プライベートではウエイトトレーニングに励み、2009、’10、’12、’13、’18 年に IPF 世界マスターズベンチプレス選手権で優勝する経歴も持つ。

医学博士、日本外科学会認定登録医、日本スポーツ協会認定スポーツドクター、公益社団法人日本パワーリフティング協会会長、一般社団法人日本医療経営学会理事、日本大学医学部同窓会参与、公益財団法人日本スポーツ協会評議員

著書

「病院経営のイノベーション」 建帛社 2013

「病院経営者の心得と M&A の実際」 経営書院 2023 他

「環境激変！ どうする病院」

古城 資久

医療法人伯鳳会 理事長

日本の医療界は過去十数年の間 2025 年問題が議論されてきた。今後ますます増えていく老人人口と高まる医療需要を、減少する生産年齢人口でいかに対応するかという問題である。その解決策として医療の効率化が求められ、機能分化と連携医療でそれを乗り越えようとしてきた。2013 年に社会保障審議会より提示されたワイングラスからヤクルトへの図はまだ記憶に新しい。

その後、地域医療構想に基づいた調整会議が各医療圏で行われ、かつては総量規制であった病床数が病床種別ごとの規制となり、機能分化と連携医療に一定の効果を上げている。この間、精神病院を除く病院数は最多であった 2010 年の 8,414 病院から 2022 年には 7,097 病院と 2 割減少した。この間、地域ニーズの見込める病院は統廃合、M&A などの手法を用いて存続し、ニーズのなくなった病院、経営的に行き詰った病院は診療所転換、もしくは廃院が続いている。

しかし全国的な医療需要に関しては 2025 年までは上昇していた。しかしながらこれから 2040 年に向けて、あるいはその後も医療需要は全国的に減少していく新たな時代に入った。

私が病院経営者となった四半世紀前、2000 年頃にも病院には多くの課題があったが、医療需要の減少は問題となっておらず、「医療は永遠の成長産業」と言われていたのである。

つまり病院における経営課題の解決は戦術の変更で解決する問題が大多数で、戦略の転換が求められる時代ではなかった。

「人口は減る、若年者は減る、しかし老人は増え医療需要は増え続ける」というものが 2025 年までの我々を取り巻く環境であったが、これからは「人口は減る、若年者は減る、老人も減り医療需要は減り続ける」という新たな環境の下で病院経営を行わねばならないという厳しい時代となった。

かつてより「病院経営は大変だ、厳しい、苦しい、赤字だ」と言われてきたが、全国平均ではまだ医療需要の減少は見られていなかった。我々病院経営者は苦労はしてきたが絶望はしていなかった。しかしついに医療需要は減少する局面を迎えた。そしてこの現象は永続する。

病院経営絶望の時代に我々はいかに対応し、絶望を希望に変えるべきかを考え抜かねばならない。医療需要そのものが減少するのであるから、すべての事業者が生き残ることは出来ない。しかし生き残るべき病院は存続し、小さくなったパイのなかでもシェアを上げることで維持を図れるのではないか。

生き残るべき病院はいかなるマインドを持ち、いかなる戦略を立て、絶望の時代を希望の時代に変革していくべきかを考えたい。

【基調講演】

「病院の機能分化の変遷と今後の展望」

講師略歴



香取 照幸（かとり てるゆき）

兵庫県立大学大学院社会科学部経営専門職専攻特任教授、一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。医療法人社団至高会高瀬クリニック顧問

東京都出身、麻布学園中学・高校から1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。

在フランス OECD 事務局研究員、埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長、厚生省高齢者介護対策本部事務局次長、内閣官房内閣参事官（小泉総理大臣官邸）、同審議官、厚生労働省政策統括官（社会保障担当）、年金局長、雇用均等・児童家庭局長。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。

2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使。2020年4月より上智大学総合人間科学部教授、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。

2023年4月より兵庫県立大学大学院社会科学部経営専門職専攻特任教授。

主な著書：「介護保険制度史」（共著）『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』『社会保障論Ⅰ【基礎編】』『高齢者福祉論【介護保険制度の理念・意義・課題】』（いずれも東洋経済新報社）。

日本医師会医療政策会議委員（2016-2018,2022-2024）、東京都医師会在宅医療協議会委員・TMA近未来医療会議委員長、日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事。2021年11月より総理官邸「全世代型社会保障構築会議」構成員、2022年8月より厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」委員。2023年10月より同「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」委員。

「病院の機能分化の変遷と今後の展望」

香取 照幸

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 / 兵庫県立大学大学院社会科学部 特任教授

現在進んでいる医療・介護提供体制改革の議論の実質的な出発点は、2008年の「社会保障国民会議」中間報告に遡る。

社会保障国民会議報告は、「制度の財政的持続可能性の確保」という名の下に1990年代以来続いていた給付抑制路線に基づく社会保障改革路線を大きく転換し、「必要な社会保障の機能強化」のための改革を提唱し、そのための安定財源の確保の必要性を訴えた報告であり、その後民主党政権下で超党派合意によって行われた「社会保障・税一体改革」の嚆矢となった報告である。

この報告の取りまとめの過程で行われた「医療・介護費用に関するシミュレーション」において、「病床の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入してできるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL（生活の質）の向上を目指す」という、現在まで続く医療・介護提供体制改革の基本的方向性が明確に打ち出された。

その後、2012年の社会保障・税一体改革の中では、「機能分化」とともに「連携」の必要性が強調され、医療機関相互の（病診・病病・診診）連携のみならず、介護・看護も含めた

地域全体を面で支える医療介護提供体制の構築が強調され、「医療から介護」「施設・病院から在宅」という流れが形作られた。

一体改革の合意を受けて策定された社会保障改革プログラム法の規定に基づき、医療・介護分野で策定された「医療介護総合確保推進法」において、地域医療構想（地域医療計画）の策定、消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金の設置等が定められ、現在に至っている。

そして、コロナ禍を経て岸田政権の下で設置された「全世代型社会保障構築会議」報告を踏まえ、「かかりつけ機能が発揮されるための制度整備」として、かかりつけ医機能の地域における実装のための取り組みが進められており、その第一歩として、かかりつけ医機能報告制度の創設をはじめとする制度整備のための医療法改正が行われた。

超高齢社会が進行する中で、医療に求められる役割・その目的は「治す医療」から「治し支える医療」へと大きく変化し、生活の質（Quality Of Life）を重視した医療、すなわち「生活の中の医療（生活を犠牲にしない医療）」のあり方が求められている。

病院（病床）に求められる機能役割は、一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能、他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能 という大きな二つのベクトルに分かれていくものと考えられる。

同時に、「治し、支える」は医療だけでは実現できない以上、地域医療の形も変わっていく。求められるのは「地域完結・在宅支援型」の医療であり、外来中心から往診・オンライン中心、

地域支援病院との協働、医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアは不可欠の要素となる。そのためには医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種の連携・協働が重要であり、そうであるがゆえに地域包括ケアネットワークの構築は最も重要な目標となる。

多職種連携が機能するためには、それを支える情報基盤は不可欠であり、医療 IT・IoT・Dx は、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠の tool となる。

【教育講演】

「2024 年度ダブル改定の展望」

講師略歴



中林 梓

(株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役

■ 略歴

札幌出身

病院・診療所対象のコンピュータ・インストラクターを経て、医事運用、経営コンサルティングに従事。平成9年（1997）ASK梓診療報酬研究所を設立。

請求もれ、経営改善、在宅医療等をテーマに、分析・セミナー講演・執筆活動を行なう。

現在

診療報酬に関する各種研究、医業収入診断、経営改善指導、医事運用コンサルティング、在宅医療運営指導、診療報酬・介護報酬に関する医師・看護師向けの各種教育研修・セミナーに携わる。

医業経営コンサルタント。

■ 研修講師実績

全国公私病院連盟、全国厚生農業協同組合連合会、日本赤十字社、済生会、北海道病院協会、静岡県病院協会、広島県病院協会、岡山県病院協会、福岡県私設病院協会、京都私立病院協会、奈良県病院協会、徳島県医師会、広島県医師会、千葉市医師会、金沢市医師会、富山市医師会、熊本市医師会、呉市医師会、名古屋大学医学部付属病院、日本医業経営コンサルタント協会、TKC、メディカル・マネジメント・プランニング・グループ、医療関連サービス振興会、日本慢性期医療協会、他 多数

第22回 日本医療経営学会学術集会

2024年度ダブル改定の展望

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所長 中林 梓

1

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しのあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。



13

改定に当たっての基本認識について①

改定に当たっての基本認識については、以下のように示すこととしてはどうか。

◆ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応

- 現下の食材料費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和6年度の改定では、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

◆ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成してきた。今後は、75歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少という人口構造の変化に直面することとなるが、このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築することが急務の課題である。
- 令和6年度の改定は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定であり、重要な節目となる。団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年だけでなく、ポスト2025年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要ときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護を地域で完結して受けられるようにする社会を目指すことが重要である。あわせて、医療と障害福祉サービスの連携も重要である。
- 加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応し、新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築することをはじめとして、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

1

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

3

改定に当たっての基本認識について②

(続き)

◆ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。医療分野においても、デジタル化された医療情報の利活用を積極的に推進していくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、医療現場等における業務効率化の促進、より効率的・効果的な質の高い医療の提供を行っていく上で、非常に重要である。こうした背景を踏まえて、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療DXを推進することで、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を回り、安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。
- また、新型コロナウイルス感染症により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

◆ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、経済・財政との調和を回りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2023」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2023改訂版」等を踏まえつつ、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

2

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

4

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、現下の雇用情勢に加え、長期的にも人口構造の変化により支え手が不足する状況の中、人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

視点2

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点4

効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

3

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

5

具体的方向性について①

視点1 現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬がより実効性のある対応となるよう検討する必要がある。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 働き方改革に向けての取組の推進
 - ・ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
 - ・ 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から必要な救急医療体制等の確保
 - ・ 医療人材および医療資源の偏在への対応

4

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

6

具体的方向性について②

視点2 ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

5

具体的方向性について③

視点3 安心・安全で質の高い医療の推進

- 食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえつつ、患者にとって必要な質の高い医療を確保する取組を進める。
- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

【考えられる具体的方向性の例】

- 食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組等を実施
 - ・ 人生の最終段階における医療・ケアの充実
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療等）
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

6

具体的方向性について④

【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等
 - ・ 患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

7

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

9

具体的方向性について⑤

視点4 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品等の在り方
 - ・ 後発医薬品について、安定供給の確保の状況を踏まえつつ、使用促進の取組を推進。
 - ・ 医療保険財政の中でイノベーションを推進するため、長期収載品等の保険給付の在り方の見直しとともに、経済性に優れた医療機器等の診療報酬上の評価や患者が自ら使用するプログラム医療機器等の保険適用の在り方について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を実施。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床の有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価。
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）

8

©ASK/LINKUP 2023.10.27 社保審 医療保険部会 資料1 令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について

10

具体的方向性について⑥

【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬や、適正使用のための長期処方への対応、リフィル処方箋の活用等、医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を促進。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方推進。

9

令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

社保審一介護給付費分科会

改定に当たっての基本認識

第227回 (R5.10.11)

資料2-1

- 2040年を展望すると、認知症の高齢者や半高齢者の増加など介護ニーズが増大・多様化し、地域ごとに異なる形で進行。地域ごとの特性や実情に応じ、**地域包括ケアシステムを深化・推進**させていくことが必要。また、医療、介護の複合ニーズを抱える方への対応、感染症や災害への対応力強化、介護現場における安全性の確保、認知症施策の推進も重要な課題。
- 高齢者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、これまで、多職種連携、アウトカム評価、科学的介護の推進を図ってきた。こうした取組も踏まえながら、質の高い、**自立支援・重度化防止**に資するサービスの提供を引き続き推進していくことが必要。
- 近年、物価高騰や他業種の賃金引上げが進み、介護分野からの人材流出も見られる中、今後、更に現役世代の減少が急速に進むことも想定されており、良質なサービスを確保しつつ、人材不足に対応することが喫緊の課題。適切な処遇を確保しつつ、介護サービスの質の向上を図るため、**働きやすい職場環境づくりや柔軟なサービス提供**の推進などの総合的な人材確保の取組が必要。
- 介護に要する費用は増加。必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図り、**制度の安定性・持続可能性**を高めていくことが必要。

介護報酬改定に向けた基本的な視点

①地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や半高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 医療・介護連携による医療ニーズの高い方や看取りへの対応
 - ・ 感染症や災害への対応
 - ・ 高齢者虐待防止等の取組
 - ・ 認知症への対応

②自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に迫り、多職種連携やデータの活用を推進
 - ・ リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組
 - ・ LIFEを活用した質の高い介護

③良質な介護サービスの確保に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
 - ・ 介護ロボット・ICT等やいわゆる介護助手の活用によるサービスの質の向上と業務負担の軽減
 - ・ 経営の協働化等や、テレワークなどの柔軟な働き方・サービス提供に関する取組

④制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
 - ・ 評価の適正化・重点化
 - ・ 報酬体系の整理・簡素化

課題と論点

(急性期入院医療)

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入されるよう、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、急性期及び高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度について見直しを行ったところ、看護配置7対1の病床数は増加傾向にある。また、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として急性期充実体制加算を新設している。
- 高齢者人口や高齢者の救急搬送の増加とともに、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合も増加傾向にある中、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化すべき等、2025年を期限とした地域医療構想に向けた取り組みとともに、さらなる機能分化の必要性が指摘されている。

(回復期入院医療)

- 地域包括ケア病棟入院料は、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされており、平成26年度改定において設定された。令和4年度診療報酬改定においては、在宅医療の提供や在宅患者等の受入に対する評価の観点から、在宅医療に係る実績要件の水準引き上げ、一般病床において届け出ている場合に救急告示病院等であることの要件化等を行っている。現状、救急搬送の受入件数は100件以下の医療機関が多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきており、令和4年度診療報酬改定においても重症患者割合の見直し等を行っている。

(慢性期入院医療)

- 療養病棟入院基本料の経過措置(注11)を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和4年度改定においては、療養病棟入院基本料2の75/100の点数に切り下げを行った。なお、療養病床等についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までである。
- 療養病棟入院基本料の医療区分については累次の改定で見直しを実施されており、令和4年度改定では中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直しを実施した。
- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。令和4年度改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

137

©ASK/LINKUP 2023.07.05 中協総会 資料4 入院について(その1)

13

課題と論点

(入院医療におけるその他の取組)

- DPC対象病院数は令和4年4月1日時点で1,764病院となり、経年的に増加傾向である一方、急性期病床規模の小さいDPC対象病院も増加している。DPC/PDPSにおける評価については、医療機関の機能や役割に応じた医療機関別係数を設定するとともに、入院初期を重点評価するため入院日数に応じた3段階の定額報酬を設定している。
- 日帰り及び4泊5日までの入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されており、実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。
- 病気になる入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価するため、入院支援加算を設定しており、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では8割以上が届出を行っている。
- 緩和ケア病棟入院料は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対する入院医療及び緩和ケア並びに外来や在宅への円滑な移行支援の評価として、令和2年度に設定された。令和4年度においては、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価として、緩和ケア疼痛評価加算が新設されている。

【論点】

- 急性期入院医療について、高齢者の救急搬送件数の増加等を踏まえ、急性期病棟と地域包括ケア病棟に求める役割・機能について及びこれらの機能分化を促進し、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期入院医療について、在宅患者等に対する救急医療を含め、地域包括ケア病棟に求められる役割やその評価のあり方及び回復期リハビリテーション病棟における質の高いリハビリテーションを推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 慢性期入院医療について、療養病床に係る医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置が終了すること等を踏まえ、長期にわたり療養が必要な患者に対する適切な入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。

138

©ASK/LINKUP 2023.07.05 中協総会 資料4 入院について(その1)

14

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合の基準	許可病床数200床以上	31%/28%	27%/24%	24%/21%	20%/17%	17%/14%	測定していること
	必要度I/II 許可病床数200床未満	28%/25%	25%/22%	22%/19%	18%/15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		-		
データ提出加算		○(要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

【経過措置】
 ● 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。 ● 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり ⇒ 令和4年9月30日まで改定前の点数を算定できる。

21

課題と論点

(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等)

- 機能分化の推進及び要介護者等の高齢者に対するケアの質向上等の観点から、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化する必要性が指摘されている。
- 一般病棟に入院する75歳以上の患者で多い疾患のうち、誤嚥性肺炎や尿路感染症等は、急性期一般入院料1の場合と地域一般入院料の場合とで、医療資源投入量の差が小さかった。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症等は、急性期一般入院料1の場合と地域一般入院料の場合とで医療資源投入量の差が小さいものの、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、急性期一般入院料の施設基準以上高くなっていた。また、誤嚥性肺炎及び尿路感染症は、基準2(A得点3点以上)を満たさない場合に基準1(A得点2点以上及びB得点3点以上)を満たす割合が全疾患の平均よりも高かった。
- 誤嚥性肺炎及び尿路感染症における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、入院6日目の下がり幅が全疾患の平均よりも大きく、また、項目としては全疾患の平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
- 急性期一般入院料1における必要度A項目の該当割合についての他の入院料との比較では、全疾患では「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が他の入院料よりも高かったが、誤嚥性肺炎は「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」以外は急性期一般入院料2-3と大きく変わらなかった。また、尿路感染症では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」以外は他の入院料よりも低かった。

【論点】

- 高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加する中で、特に急性期病棟における集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に対する適切な評価及び機能分化の推進の観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等についてどのように考えるか。

58

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行				改定後					
【一般病棟用】				<ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。 ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。 ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。 					
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置					創傷処置			
1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置	なし	あり	-	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置	なし	あり	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	-	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-	3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-	4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-		専門的な治療・処置			
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	-	あり	6	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	-	あり
	I：救急搬送後の入院（5日間） II：緊急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	-	あり	7	I：救急搬送後の入院（5日間） II：緊急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	-	あり

©ASK/LINKUP

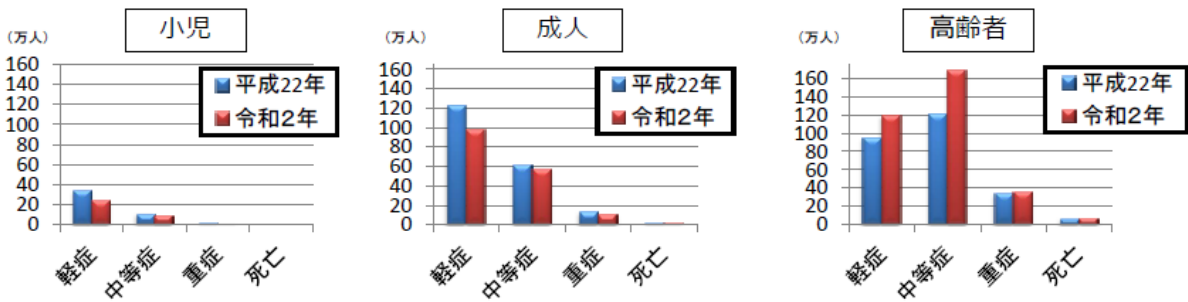
2022年3月4日 厚生労働省資料（告示）より

17

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年7月27日 資料1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



	平成22年中			令和2年中		
	小児	成人	高齢者	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	34.1万人	122.8万人	93.9万人	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症(長期入院)：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症(入院診療)：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽傷(外来診療)：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

©ASK/LINKUP

2023.08.10 中医協 入院外来医療等の調査評価分科会(急性期・高度急性期・地ケア・慢性期)

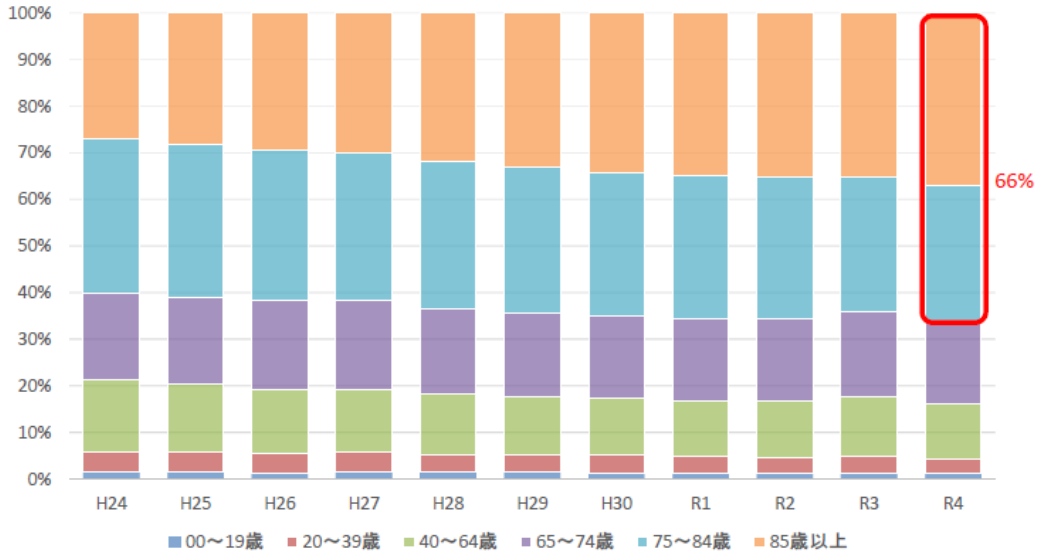
18

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

意見交換 資料-5参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和4年では、入院患者のうち66%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

66

©ASK/LINKUP 2023.07.05 中医協総会 資料4 入院について(その1)

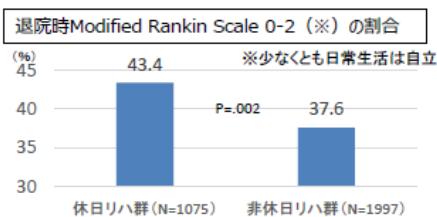
19

急性期における休日リハビリテーションについて

- 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
- 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

- 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

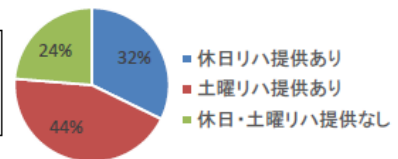
出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜リハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

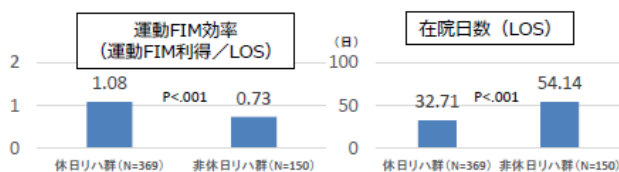
出典：角田直他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター959施設に対するアンケート調査結果(有効回答数595施設)。



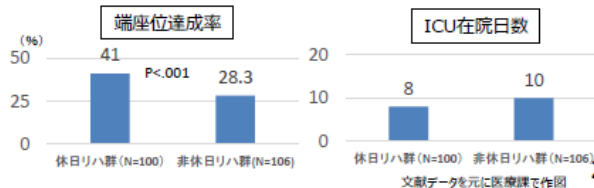
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



- ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典：森田ら. 日集中医誌. 2020;27:395-402.



©ASK/LINKUP 2023.09.06 中医協 入院外来医療等の調査評価分科会(急性期その3・回リハその1・慢性期その2)

20

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料-5参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

出典：DPCデータ

67

©ASK/LINKUP 2023.07.05 中医協総会 資料4 入院について(その1)

21

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料-5参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止，詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞，詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症，部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎，詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻（転）	2,379	0.5%
5	S7210	靭子異通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血，詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸閉塞【糸条物】	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎，急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	（大脳）半球の脳内出血，皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少（症）	10,588	2.1%	35	J90	胸水，他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎，詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン＜Parkinson＞病	1,844	0.4%
11	I509	心不全，詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス，詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	（四）肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎，詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のうく囊炎を伴う胆のうく囊結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症，詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群【脱線維素症候群】	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症，詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のうく囊炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血，詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿管結石，詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病，ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のうく囊炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

出典：DPCデータ（令和3年4月から令和4年3月までの入院症例）

68

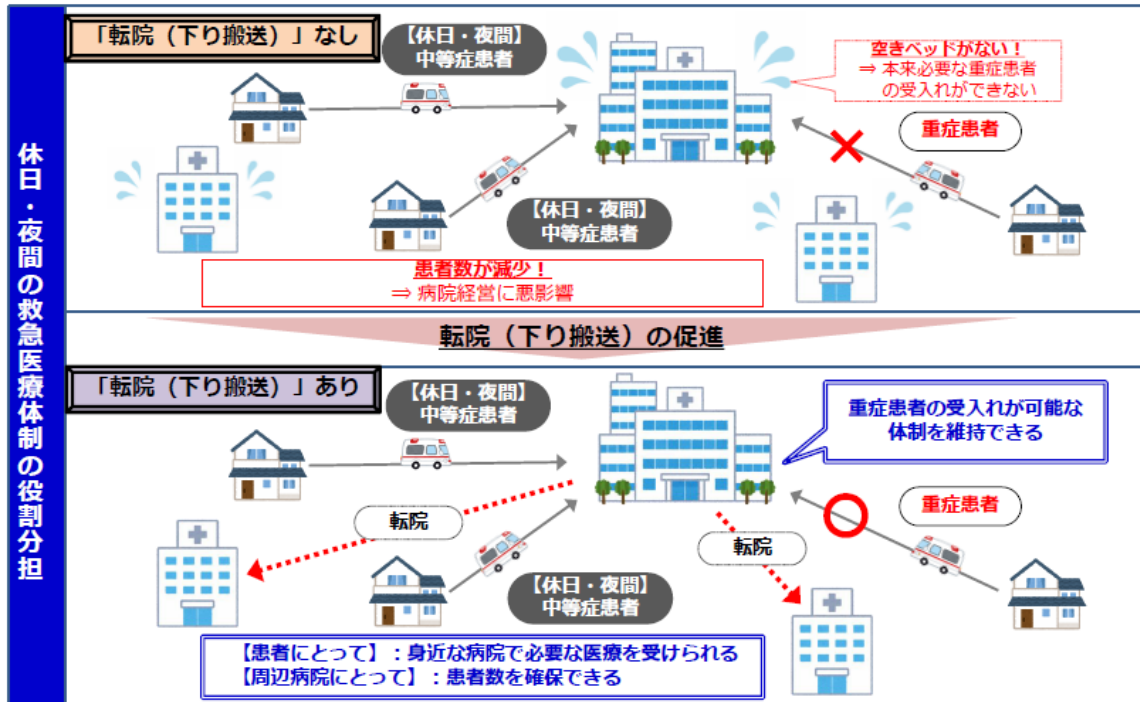
©ASK/LINKUP 2023.07.05 中医協総会 資料4 入院について(その1)

22

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改変）

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。



27

©ASK/LINKUP 2023.10.05 中医協・入院外来医療等の調査評価分科会(急性期入院医療について(その4))

23

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科（国民健康保険、後期高齢者医療制度）及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84 歳(対照: 65-74 歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85 歳以上(対照: 65-74 歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院 (※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病院入院料・管理料を算定していない病棟への入院

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 長寿科学政策研究「自立支援に資する介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究（21GA2003）」令和3年度 総括研究報告書（研究代表者(所属機関) 松田 晋哉(産業医科大学 医学部・公衆衛生学)）

17

©ASK/LINKUP 2023.03.15 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会/医療と介護の連携に関する意見交換(急性期入院医療)

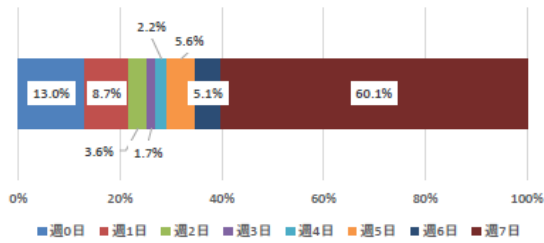
24

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

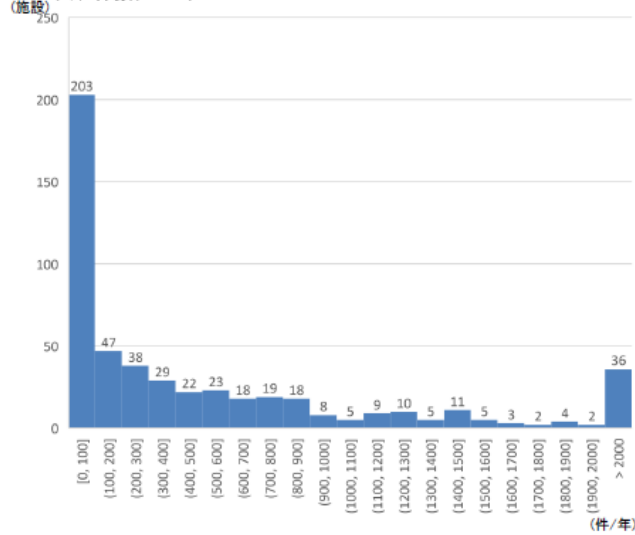
診調組 入-1
5. 6. 8(改)

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

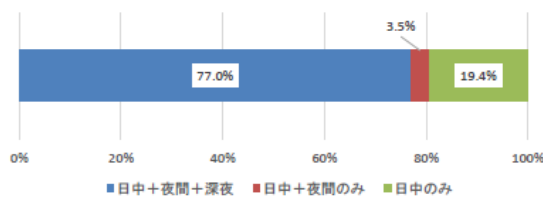
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

©ASK/LINKUP 2023.09.27中協総会(中間取りまとめ③ 地ケア・回りハ・療養・外来)

10

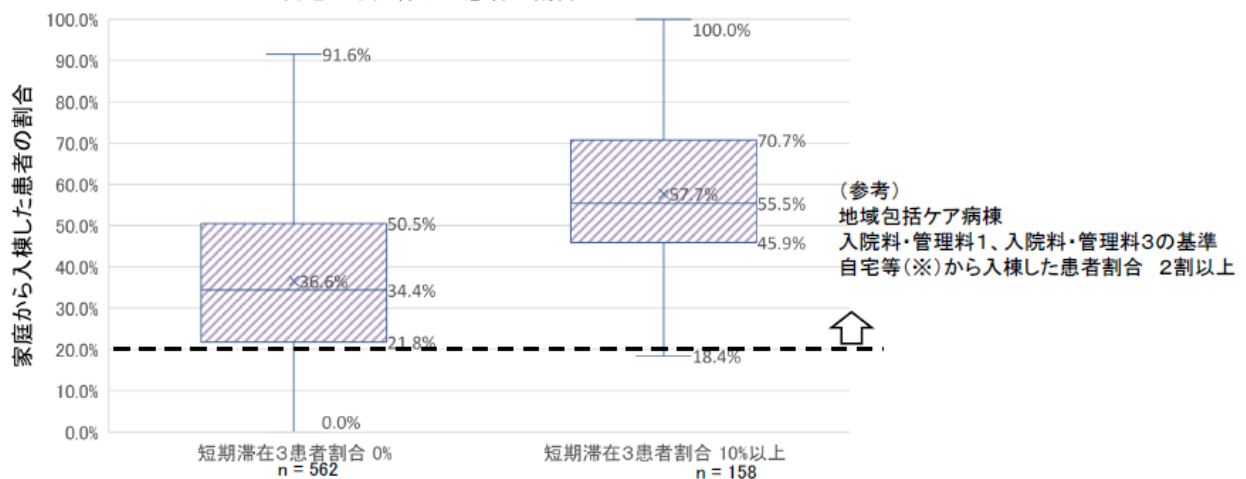
25

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析③ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅から入棟した患者の割合

診調組 入-1
5. 8. 10



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合) = $\frac{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数)}}{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数) + \text{(地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数)}}$

※ 施設規程における自宅等: 自宅又は有料老人ホーム等(介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等)

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

31

©ASK/LINKUP 2023.09.27中協総会(中間取りまとめ③ 地ケア・回りハ・療養・外来)

26

課題と論点

(地域包括ケア病棟)

- 入院・外来医療等における実態調査の入棟経路別の解析に、「緊急入院(外来初再診後)」の区分を追加した。緊急入院(外来初再診後)の患者は、患者全体と比較し、医療等の必要性がやや高い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟について、DPCデータによる解析を行った。
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、救急搬送後、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。
- 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設(7.8%)は15%以上であった。
- 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟・病室で0%であったが、158施設(9.5%)は10%以上であった。
- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0である地域包括ケア病棟と比較して、自院の病棟から転棟した患者割合が低く、家庭から入棟した患者割合が高く、自宅等に退棟した患者割合が高い傾向にあった。



【論点】

- 地域包括ケア病棟に入棟した患者のうち、救急搬送後、直接入棟である患者の特徴を踏まえ、患者の評価についてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が高い病棟の特徴を踏まえ、地域包括ケア病棟の指標についてどのように考えるか。

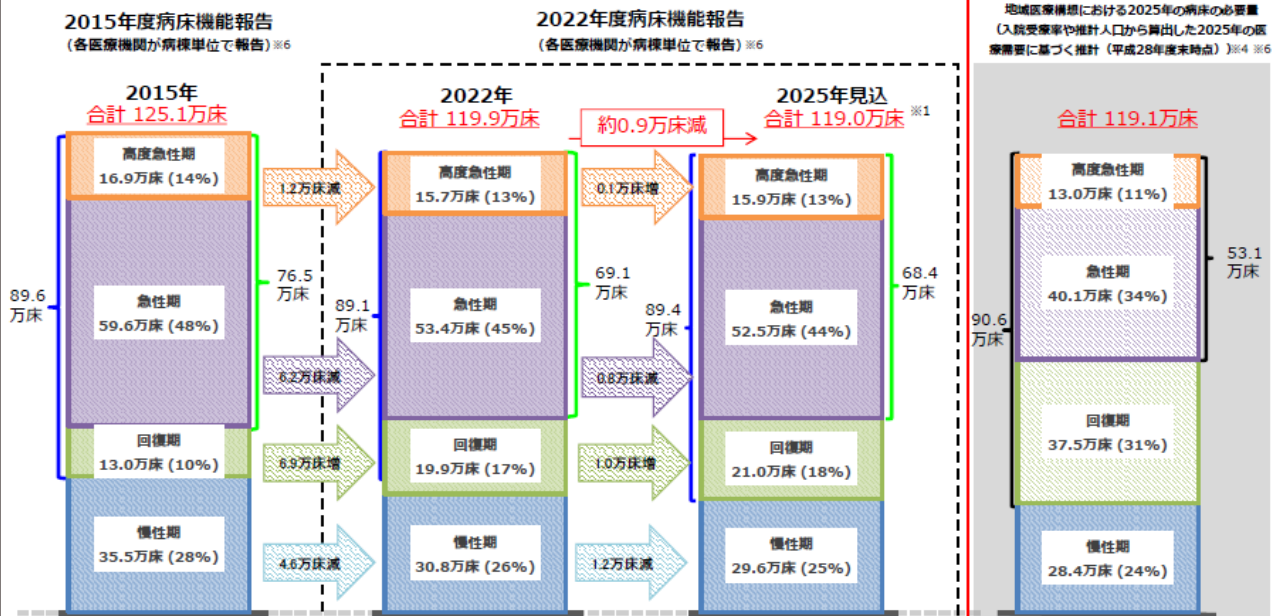
141

©ASK/LINKUP

2023.08.10 中医協 入院外来医療等の調査評価分科会(急性期・高度急性期・地ケア・慢性期)

27

2022年度病床機能報告について(速報値)



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%), 2022年度病床機能報告: 12,188/12,602(96.7%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が含まない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*) : 19,065床(参考: 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

(一部精査中)

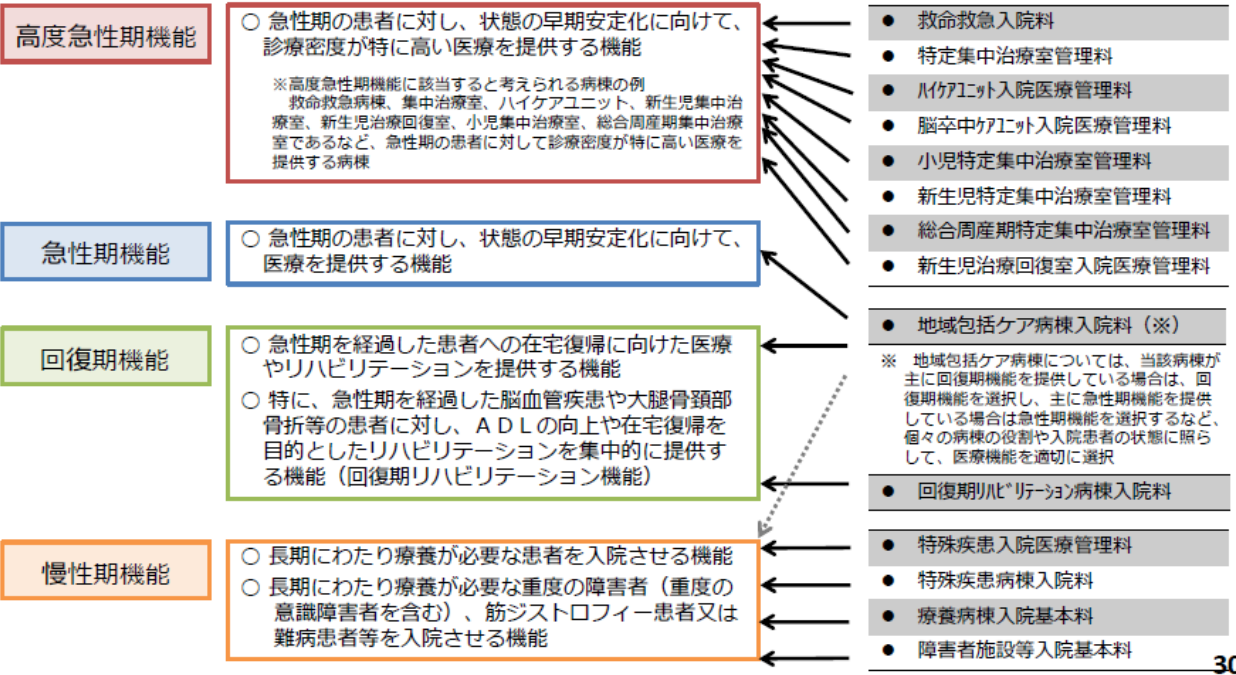
©ASK/LINKUP 2023.07.05 中医協総会 資料4 入院について(その1)

28

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和5年5月25日）資料2より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



30

令和4年度診療報酬改定 1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 （※1）
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上				
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				
休日リハビリテーション	○				
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	3割以上→4割以上		2割以上→3割以上		
入院時に重症であった患者における退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		
自宅等に退院する割合	7割以上				
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

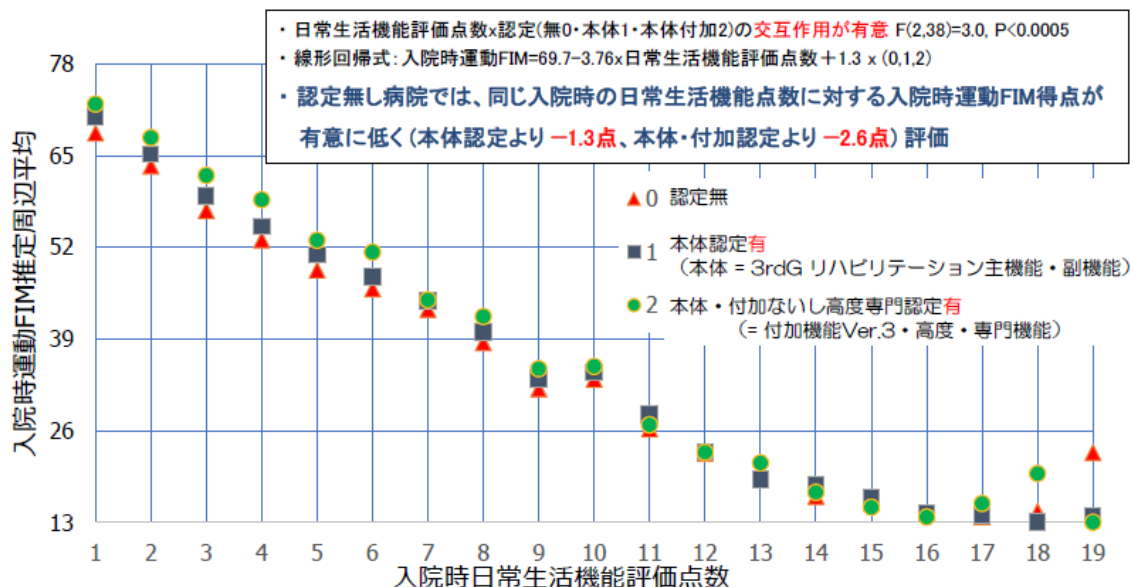
※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医療診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

57

第三者評価

- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが高い傾向にあった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

107

©ASK/©LINKUP 2021.11.12 中医協総会 入院(その3 回復期入院医療について)

31

課題と論点

【回復期リハビリテーション病棟入院基本料】

- ・ 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟1では、専任管理栄養士を配置しており、入院栄養食事指導料を対象となる患者に対して、約1割の病棟でほぼ全ての患者に算定していた一方で、約2割の病棟では全く算定していなかった。
- ・ 摂食嚥下について、嚥下機能の検査を実施している患者と実施していない患者とを比較すると、検査を実施している患者において経腸栄養の離脱割合が高かった。
- ・ 退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、全く実施していない医療機関が約40%存在した。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟は脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であるが、身体的拘束の実施について以下の特徴があった。
 - －急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体拘束の実施率が30%以上の病棟が多い
 - －身体拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い
 - －身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い
 - －身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず約6単位提供されている
- ・ 地域リハ活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が大きい。

【論点】

- 第三者機能評価の認定を受けている病棟におけるFIMの推移やFIMの評価に関する取組の状況等を踏まえ、回復期リハビリテーションにおけるアウトカムの適切な評価を推進するためにどのような方策が考えられるか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の取組や、退院前訪問指導の実施状況を踏まえ、より質の高い回復期リハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束の実施についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟からの地域貢献活動についてどのように考えるか。

111

©ASK/LINKUP 2023.09.06 中医協 入院外来医療等の調査評価分科会(急性期その3・回リハその1・慢性期その2)

32

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（投与機能又は地下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な慢性疼痛 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・顔面の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・未褥瘡潰瘍による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透創 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日6回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・顔面の血糖検査 ・創傷（皮膚瘻道 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3	23点以上
ADL区分2	11点以上～23点未満
ADL区分1	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

- （ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

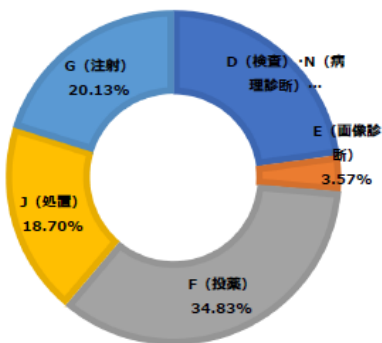
63

医療区分毎の医療資源投入量の内訳

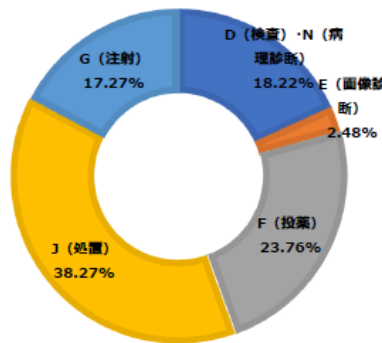
診調組 入-1
5. 8. 10

○ 医療区分1・2・3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

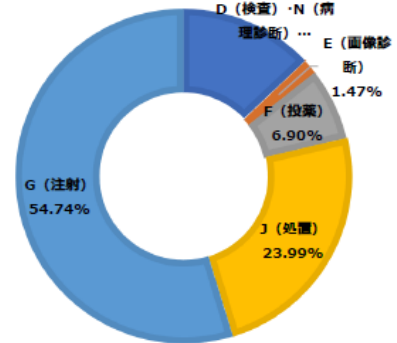
現在の医療区分1における割合



現在の医療区分2における割合



現在の医療区分3における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

110

課題と論点

(療養病棟入院基本料)

- 療養病床における医療区分等は、平成18年の診療報酬改定において、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分であり、累次の改定において医療区分の各項目について見直しをはかってきた。
- 平成30年度診療報酬改定において、療養病棟についてデータ提出加算が要件となり、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することも可能となっている。データ提出加算の提出対象となるデータを分析したところ、
 - 医療区分に応じて医療資源投入量が増えること
 - 同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがあること
 - 医療区分によって医療資源投入量の内訳が変わること
 - 疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分は医療資源投入量の分布と内訳が異なること等が明らかとなった。
- さらに、疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分を組み合わせた上で医療資源投入量を分析したところ、
 - 医療区分3として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分3の医療資源投入量はそれ以外の組合せより高いこと、また、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分1・2の医療資源投入量はそれ以外の組合せより低いこと。
 - 医療区分2として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分1・2かつ処置の医療区分2における医療資源投入量は、疾患・状態の医療区分2かつ処置の医療区分1より高いこと。
 - 組合せの内容によって医療資源投入量の内訳が異なること等が明らかとなった。
- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数について、特に入院料I(医療区分1・ADL区分1)において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多かった。

【論点】

- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟におけるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。

135

©ASK/LINKUP 2023.09.06 中医協 入院外来医療等の調査評価分科会(急性期その3・回りハその1・慢性期その2)

35

外来医療についての課題と論点

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成26年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成28年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成28年度改定において新設し、評価を行っている。
- さらに、平成30年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。
- 令和4年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。機能強化加算について、かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加した。さらに、診療情報提供料(Ⅲ)から連携強化診療情報提供料に名称を変更し、対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加した。
- 医療DXとして、全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書(診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書)、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。
- 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会において、外来医療に関し、主治医と介護支援専門員等との連携、認知症患者への対応、人生の最終段階における医療・介護についての意思決定支援をより早期からの行うこと等についてご意見を頂いたところ。
- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされている。

(生活習慣病対策)

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。

130

©ASK/LINKUP

2023.06.21 中医協総会 外来について(その1)

36

外来医療についての課題と論点

(外来機能の分化の推進)

- ・ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加し、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。

(オンライン診療)

- ・ オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- ・ 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しをおこなった。



【論点】

- 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、令和5年の医療法改正を踏まえたかかりつけ医機能の強化等や外来機能の明確化・連携を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、今後の医療DXの推進も踏まえ、どのように考えるか。
- 生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。
- 前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。

131

©ASK/LINKUP

2023.06.21 中医協総会 外来について(その1)

37

外来機能報告

第10回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月20日
資料
2

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下この条において「無床診療所」という。)の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

目的	対象医療機関	報告頻度
<ul style="list-style-type: none"> ● 「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化 ● 地域の外来機能の明確化・連携の推進 	義務： 病院・有床診療所 任意： 無床診療所	年1回 (10～11月に報告を実施)
患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。	医療資源を重点的に活用する外来(重点外来) <ul style="list-style-type: none"> > 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 例) 悪性腫瘍手術の前後の外来 > 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 例) 外来化学療法、外来放射線治療 > 特定の領域に特化した機能を有する外来 例) 紹介患者に対する外来 	
報告項目 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況 (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項 紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等 	紹介受診重点医療機関の基準 上記の外来の件数の占める割合が ・ 初診の外来件数の40%以上 かつ ・ 再診の外来件数の25%以上	参考にする紹介率・逆紹介率の水準 ・ 紹介率50%以上 かつ ・ 逆紹介率40%以上
「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。	紹介受診重点医療機関として取りまとめ	18

©ASK/LINKUP

2023.06.21 中医協総会 外来について(その1)

38

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

- 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行
【在宅療養支援病院】 【施設基準】（抜粋・例） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ（略） シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 ス（略）



改定後
【在宅療養支援病院】 【施設基準】（抜粋・例） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること ア～サ（略） シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。 ・ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 ・ 在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。 ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。 ス（略）

183

標準規格の導入に係る取組の推進

診療録管理体制加算の見直し

- 医療機関等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

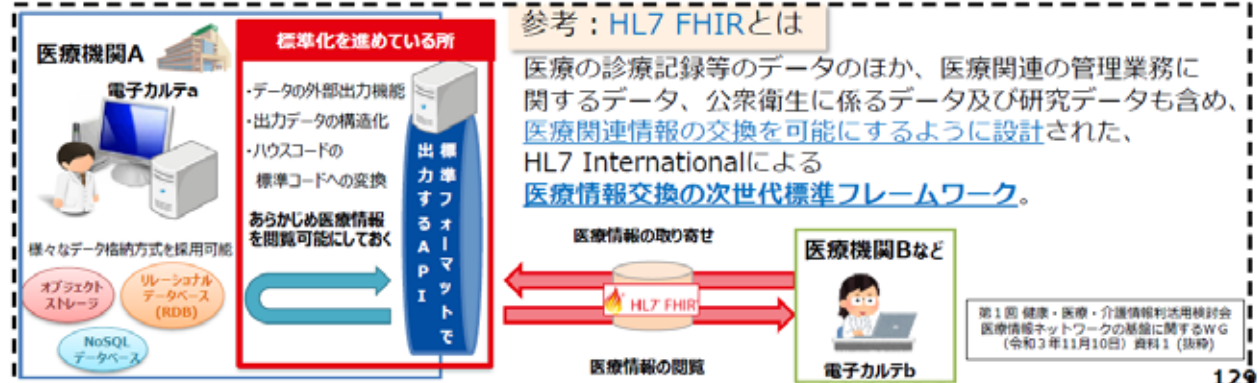
改定後

【診療録管理体制加算（入院初日）】

【施設基準】

3 届出に関する事項

- (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。
- (2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添様式により届け出ること。



129

電子カルテ情報及び交換方式の標準化、標準型電子カルテの検討

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

(基本的な考え方)

➤ 医療機関同士などでのスムーズなデータ交換や共有を推進するため、HL7 FHIRを交換規格とし、交換する標準的なデータの項目及び電子的な仕様を定めた上で、それらの仕様を国として標準規格化する。

(具体的な取組)

➤ 厚生労働省においては、令和4年3月に、3文書6情報(※)を厚生省標準規格として採択。今後、医療現場での有用性を考慮しつつ、標準規格化の範囲の拡張を推進。令和4年度は厚生労働科学研究費補助金の事業において透析情報及び一部の感染症発生届の標準規格化に取り組む。

(※) 3文書：診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書

6情報：傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報(救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査)、処方情報

標準型電子カルテの検討

➤ 併せて、今後、小規模の医療機関向けに、当該標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発を検討。令和4年度は関係者へのヒアリングを実施しつつ、令和五年度の調査研究事業を実施する予定。

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針(案)の概要-1

I 基本方針の目的

- ・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
- ・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

II オンライン診療等(医師と患者間での遠隔医療)

オンライン診療、オンライン受診勧奨(患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為)

期待される役割

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および住診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

- ・D to P
- ・D to P with D
- ・D to P with N
- ・D to P with その他医療従事者
- ・D to P with オンライン診療支援者(医療従事者以外)

現状の課題

- ・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
- ・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
- ・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
- ・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する 等

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（案）の概要 - 2

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

期待される役割

- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
- 効率的・効果的な医療提供体制の整備
- 医療従事者の働き方改革等への寄与

様々な形態

- ・ D to D
- ・ D to N, D to その他医療従事者
- ・ N to N, N to その他医療従事者, その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

現状の課題

- ・ 遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
- ・ 個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
- ・ 遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討 等

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・ 医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
- ・ 遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・ 遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する 等

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

- 1 地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
- 2 医療従事者教育／患者教育の充実
- 3 質評価／フィードバック
- 4 エビデンスの蓄積
- 5 新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

5

©ASK/LINKUP

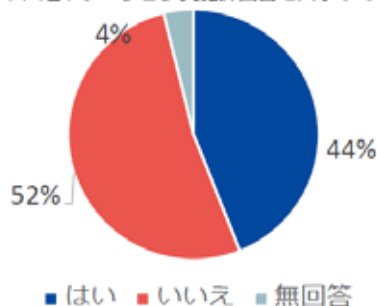
2023.05.12 社保審 医療部会 資料1より

43

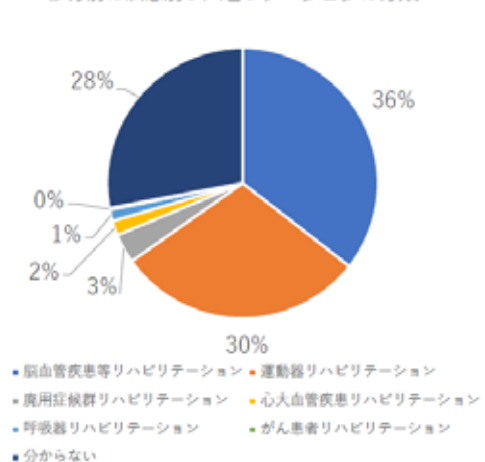
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- ・ 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- ・ 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか

	医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか		p-value*
	はい	いいえ	
同一医療法人または関連医療機関からの紹介	54.3%	45.7%	<0.001
からの紹介	26.8%	73.2%	

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

29

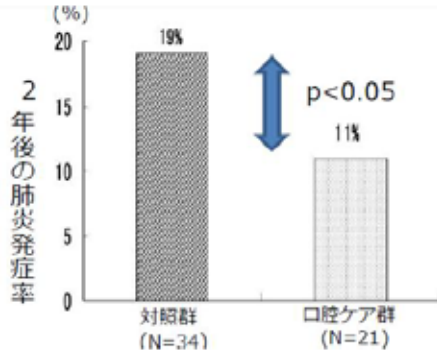
©ASK/LINKUP 2023.03.15令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会／医療と介護の連携に関する意見交換(リハ・口腔・栄養)

44

口腔管理等による効果

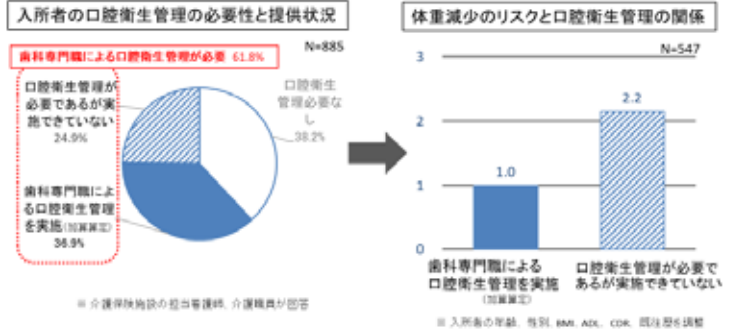
- 要介護者に対する歯科医師又は歯科衛生士による口腔の管理により、肺炎の発症率が下がるが示されている。
- 口腔衛生管理が必要であるが口腔衛生管理が行われていない者は、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクが、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた者と比較して高い。

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



出典: Yoneyama et al.: Lancet, 1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



出典: 令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

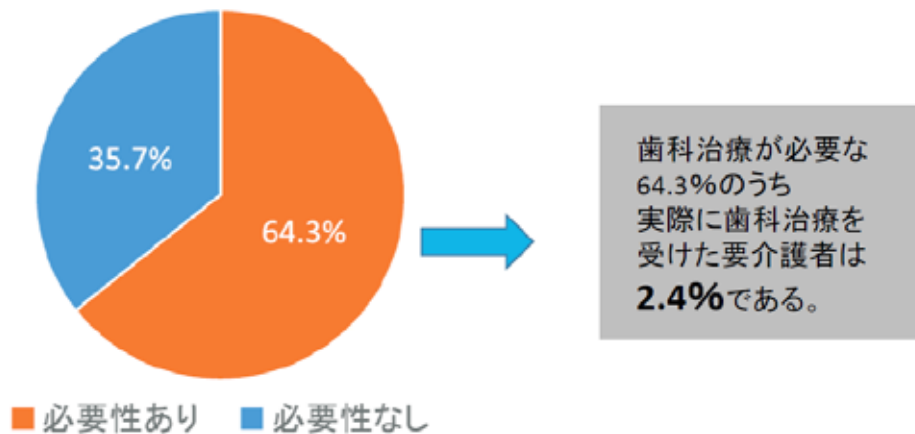
34

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

(改) 中医協 総-8
3 . 8 . 4

社保審-介護給付費分科会	資料 2
第191回 (R2.11.5)	

- 要介護高齢者 (N=290, 平均年齢86.9 ± 6.6歳) の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保潔)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者: 特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

出典: 令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」

41

入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価
 ** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
 (40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

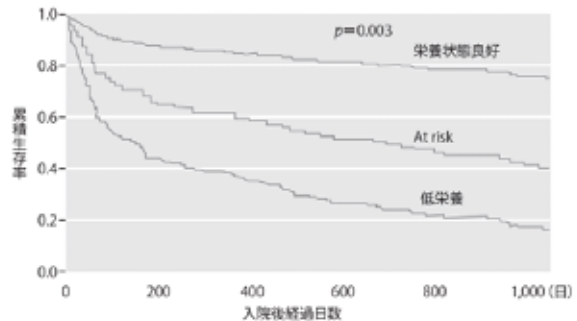


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
 入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田：日内会誌 110:1184～1192, 2021
 (文献1) Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82: 784—791, 2005.

53

©ASK/LINKUP 2023.03.15令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会／医療と介護の連携に関する意見交換(リハ・口腔・栄養)

47

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有について

- 高齢者施設入居者の人生の最終段階における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、医療機関から高齢者施設へ情報を提供している割合に比べ、高齢者施設から医療機関へ情報を提供している割合が低かった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

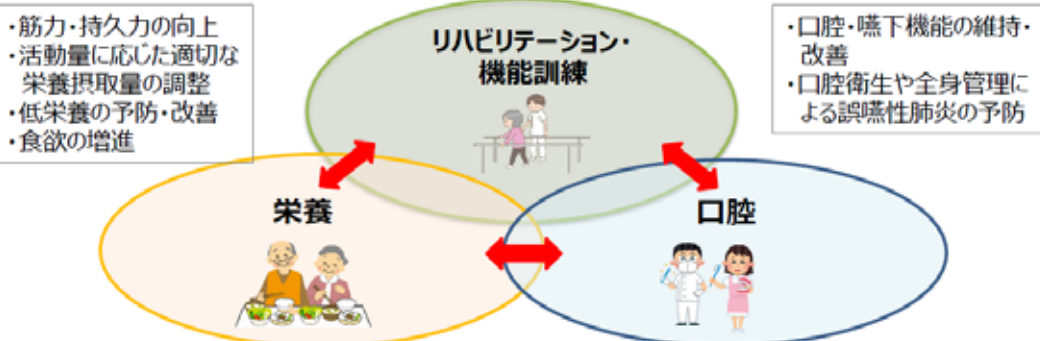
47

©ASK/LINKUP 2023.05.18 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第3回)資料1 人生の最終段階における医療・介護

48

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

3

2024年に向けて

・地域連携・院内連携・他職種連携

地域医療の一員としての意識

連携関係を洗い出す(介護事業者との連携も)

・医療DXへの対応

2024年問題意識・意識改革重要

・かかりつけ医の評価と外来機能の明確化

地域の状況確認・連携医療機関の確認

・オンライン診療だけではなくオンライン活用の拡大

取り組み方や連携先とのすりあわせ

2024年に向けて

要介護認定の患者さんの入院が増える

退院調整から退院支援へ

介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる

認知症対策を徹底

認知症患者700万人時代へ

認知症対応も出来る医療機関が求められる

地域の質の高い介護事業者・介護施設・

歯科との連携は必須

高齢者のリハビリや住まいは重要

かかりつけ医の役割は重要化＝連携先としても

2024年に向けて

・働きやすい職場環境か

・働きたいと思う医療機関か

・地域貢献の意識は

・地域から頼られている医療機関か

・働き方改革の意味確認と取り組み方は

・職員の意識を確認(アンケートや面談)

・働くモチベーションを作る

・工夫していますか(例えば感謝カード等)

ランチオンセミナー

共 催

株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS

【ランチョンセミナー】

「AI・ICT を活用した多言語対応の取り組みについて」

講師略歴



遠藤 舞（えんどう まい）

株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS

経営管理本部 経営企画部 リーダー

2020 年に新卒にて同社に入社。事業本部にて医療機関、官公庁への外国人患者の受入環境整備を目指した取り組みにおける営業活動を 2 年間行う。事業本部での経験を生かして 2023 年より同社経営企画室にてアシスタントとして訪日旅行者・在住外国人の受入整備等をはじめとした各種政策提言を行っている。

ランチョンセミナー 「AI・ICT を活用した多言語対応の取り組みについて」

遠藤 舞

株式会社 BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS

経営管理本部 経営企画部 リーダー

外国人患者の受入整備において多言語対応は重要な課題の 1 つである。医療機関においては、現場での通訳者の派遣のほか、電話やテレビ電話を用いた遠隔通訳、近年では AI 翻訳を活用したツールも利用されている。これからの多言語対応の手法について特徴と活用事例について紹介を行う。

また、医療 DX が唱えられている中、遠隔医療通訳の対応分析データの紹介を行いながら、AI・ICT を用いてどこまで医療現場での通訳ニーズに応えることができるのか述べていく。あわせてアフターコロナで今後より様々な国の患者が医療機関を受診する可能性がある中で、これからの多言語対応における課題とそれに対する取り組みについて紹介を行う。

シンポジウム 1

環境激変に対する民間病院の対応

【シンポジウム 1】

「環境激変に対する民間病院の対応」

講師略歴



米盛 公治（よねもり こうじ）

社会医療法人緑泉会 理事長 / 社会医療法人緑泉会 米盛病院 院長

1965年 鹿児島県鹿児島市生まれ
1991年 鹿児島大学医学部卒業
1991年 鹿児島大学医学部附属病院整形外科入職
1992年 鹿児島県立大島病院入職
1993年 鹿児島大学医学部附属病院整形外科入職
1997年 鹿児島大学大学院医学研究科修了
1997年 社会医療法人緑泉会入職
2002年 社会医療法人緑泉会米盛病院院長就任
2009年 社会医療法人緑泉会理事長就任
現在に至る

【資格・役員など】

- ・医学博士
- ・鹿児島大学医学部 臨床教授
- ・鹿児島県整形外科医会 理事
- ・鹿児島市整形外科医会 会長
- ・鹿児島市医師会 理事
- ・鹿児島県医療法人協会 理事
- ・日本整形外科学会認定整形外科専門医
- ・日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医
- ・日本 DMAT 隊員（統括 DMAT）
- ・鹿児島県災害医療コーディネーター
- ・AHA BLS インストラクター
- ・AHA ACLS インストラクター
- ・ICLS インストラクター
- ・JPTEC インストラクター（世話人）
- ・ITLS basic インストラクター
- ・Emergo basic インストラクター
- ・MCLS インストラクター

以上
2023年4月現在

「環境激変に対する民間病院の対応」

米盛 公治

社会医療法人緑泉会 米盛病院 理事長・院長

当院が、鹿児島県における救急医療の充実を目指し新築移転して、ちょうど 10 年目に突入した。移転当初から、救急医療を軸にした民間病院運営に対して多くのご心配やご懸念の声をお寄せいただいたが、おかげさまで経営も順調に軌道に乗り、新たな取り組みも行っている。今回、当院にとって節目となる年に貴重な講演の機会をいただけたことに、まずは深甚なる感謝を申し上げ、激変する環境に行ってきた過去の対応と今後の対応方針について私見を述べさせていただきます。

当院の現状（2022 年度）と過去の対応は、以下のごとくである。

- 1) 年間救急搬入件数（除ウォークイン）6,586 件で、鹿児島県内第 1 位。
- 2) ドクターカー・民間医療用ヘリによるプレホスピタル救急医療も安定して継続運営。
- 3) 年間手術件数 5,748 件で、うち整形外科は 4,326 件で国内第 3 位。
- 4) 上記、当院利用者増加に伴う改善策として、以下を履行済み。

回復期 200 床 本院隣接移転 （2018.6 月）

外来クリニック 本院敷地内移転 （2022.4 月）

今後の対応方針としては、鹿児島県の医療が抱える以下の 3 つの問題点にフォーカスし、当日会場でお伝えしたいと考えている。

- 1) 鹿児島県の地勢学
- 2) 鹿児島県の人口推移
- 3) 地域医療構想

【シンポジウム 1】

「環境激変に対する民間病院の対応」

講師略歴



室谷 ゆかり

医療法人社団アルペン会 理事長

1996年 日本大学医学部卒

1997年～2001年 東京都老人医療センター（現：健康長寿医療センター）研修

2001～2004年 つくしんぼ大山診療所（在宅療養支援診療所）勤務

2004～2006年 初台リハビリテーション病院勤務

2006～2008年 室谷病院勤務

2008年 アルペンリハビリテーション病院院長就任

2013年 現職

「時代に負けず、仲間と共に」

室谷 ゆかり

医療法人社団アルペン会 理事長

1.自己紹介および自院の紹介

私たち法人は、祖父が町医者→長期療養増加で老人病院開設→介護の必要性で特別養護老人ホーム・軽費老人ホームを開設→個別ケア・認知症ケアの必要性でユニットケア特養・認知応型通所介護・事業所内託児所を増築→主体的なデイサービスを求め自己選択・自己決定の夢のみずうみ村式デイサービス開始→老人病院を回復期リハビリテーション病院に転換・新築移転→お互いを知り合う多世代支援施設（介護・保育・障害）開設→障害のあるお子さんや中途障害の方が働く練習ができる障害就労支援施設開設と、迫られた生活課題に対し、場作りを進めてきた。

2.自院がおかれている環境をどのように考えているか？

私たちの富山医療圏は、人口：50万人（県の約50%）、人口密度：275人/k㎡（全国平均343人/k㎡）と地方都市型の医療圏で、高齢化率：25%（全国平均23%）、2010→2040年総人口増減率：-18%（全国平均-16%）と全国平均に近く、2010→2040年15歳～64歳人口増減率：-30%、2010→2040年75歳以上人口増減率：40%と、7割になる働く人口で、1.4倍になる介護人口を支えられるか？を課題に運営を進めてきた。富山医療圏では、今後医療よりも介護の必要性が高くなることも予測されている。

3.2010年頃に考えていた自院の立ち位置と今後についてどう思うか？

当院は、療養病床で、2006年から回復期リハビリテーション病棟の特別入院料を算定することとし、亜急性期等への移行を進めてきた。一般急性期との前方連携、慢性期や介護施設との後方連携の中で、入院受け入れへの迅速化、後方施設での療養継続の最適化を目指して運営を変えてきた。回復期リハビリテーション病棟として何をするかに加え、上記の連携における役割も強化していきたい。

4.現実問題と対策

転倒をはじめとする医療事故の発生が多い回復期リハビリテーション病棟では、身体拘束を原則しないため、怪我をさせないように、夜間のコール対応が大変だった。その対策を進めて、ようやく夜勤負担が減らせたかと思った頃、コロナクラスターが起きた。そしてクラスターが落ち着いたところで、介護スタッフ不足が突然表面化してきた。現在様々な取り組みを進めてきたが、グループ法人の特別養護老人ホームのご利用者様の急変やスタッフ不足状況を見てみると、後方連携先への私たちの役割は、患者様を生活にお戻しするだけでは不足しているのではないかと感じられる。患者様・ご利用者様がよりよい状態で生活を過ごしていかれるために、何を行っていくべきなのか、また連携先ともどのように関わっていくべきなのか、現場で感じていることをお伝えできたらと考えている。

【シンポジウム 1】

「環境激変に対する民間病院の対応」

講師略歴



小川 聡子

医療法人社団 東山会 理事長

1993年 東京慈恵会医科大学医学部 卒業

1995年 東京慈恵会医科大学循環器内科 医員

2003年 医療法人社団東山会 調布東山病院 内科医師

2005年 同法人 副理事長

2009年 同法人 理事長

2005年 医学博士

日本循環器学会 専門医

日本内科学会 認定医

日本プライマリー・ケア学会 認定医、代議員

日本ユマニチュード学会 理事

認知症サポート医

全日本病院協会 理事

日本病院会 理事

東京都病院協会 常任理事

調布市医師会 理事

「生活支援型急性期病院と基幹型病院 病院機能分化の今後はこれ」

小川 聡子

医療法人社団 東山会 調布東山病院

戦後、貧しかった国は、公だけでは医療提供体制が追いつかないなか、民の力も借りながら、世界に冠たる国民皆保険が実現し、国民も健康という恩恵を享受した。

人口減少、少子高齢化の現実、医療の高度化は、病院機能分化を促進する。2012年から始まった病院機能分化では、高度急性期、急性期、亜急性期、慢性期と明確に定義され、診療報酬の政策誘導のなかで、機能分化はそれなりに進んだ。

今後必要な機能分化の視点は、基幹型（3次、2次、手術、専門）と生活支援型急性期（2次、1次、地域密着型）であろう。高齢者の絶対数が増え、臨床問題の複雑性をもった2次救急が増える時代、整備強化されるべきは生活支援型急性期病院である。この機能がしっかり働くことで、3次救急を担う医療機関もこれ以上疲弊せずすむ。都市型生活支援型急性期病院について語りながら、生活支援型急性期病院のパターンについて考える。

シンポジウム 2

医療関連 21 世紀創業企業の最先端事情

【シンポジウム 2】

「医療関連 21 世紀創業企業の最先端事情」

講師略歴



坂野 哲平

株式会社アルムの創業社長、DeNA グループのメディカル事業本部長。2001 年早稲田大学工学部卒業と同時にスキルアップジャパン(株)を設立し、動画配信事業の売却を機に医療 ICT 事業への本格参入を行い、2015 年に(株)アルムに商号変更した。医療機器ソフトウェアの開発から販売までを手がける。フィリップス、エーザイ、フューチャーアーキテツ等のグローバル企業との業務資本提携をし、海外 11 拠点・世界 32 ヶ国で展開している。同社の医療関係者間コミュニケーションアプリ「Join」は、日本初の保険適用ソフトウェアとなり、救急医療のデファクトプラットフォームとなりつつあり、世界 1300 の医療機関に導入している。さらには、地域包括ケア ICT ソリューション「Team」は、全国 3000 の介護・看護事業所で稼働しており、パーソナルヘルスレコードアプリ「MySOS」は、700 万人のユーザーに利用され、国内最大の同分野のアプリ。厚労省の入国者・帰国者向け感染症対策の水際対策アプリとしても活用されている。一般社団法人日本医療ベンチャー協会の理事として、日本の医療・ヘルスケア分野における世界のプレゼンス向上に向けて行政と共に活動している。現在、ウクライナの人道支援プロジェクトとして、ウクライナ政府・日本国官邸・経産省・外務省と協力しながらウクライナに遠隔診療センターを構築中。

「医療DX 関連企業」

坂野 哲平

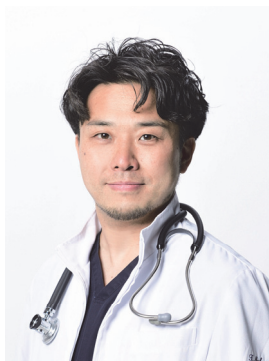
株式会社アルム 代表取締役

医療DXは起こせるのか？主に救急医療や感染症対策の医療DXを医療者・行政・メーカーと取り組んできた。医療機器・医療機器プログラムのベンチャー企業の経営者として、遠隔診療アプリ「Join」を日本初の保険償還アプリとして紆余曲折の中、国内外32か国に1300の医療機関に導入したが、9年半を要した。遠隔診療だけでは、臨床・医療経済・ビジネスの効果は限定的であったために、PHRアプリ、手術ナビゲーション、トリアージアプリ、血管内治療機器、遠隔医療者教育、地域包括ケアシステム、スマートシティデータ基盤や検疫システムなどといった様々な医療関連の製品を医療者・行政と共に研究開発し、グローバルに社会実装に繋げてきた。行政支援/委託・医療者との共同研究開発といった協調関係の中、失敗経験も多々あるが、様々な課題と機会・可能性に直面してきた。他の疾患分野・事業分野の失敗・成功モデルから専門治療や災害医療のDXの可能性を実感している。特に、遠隔診療、地域の病病・病診・医介連携、PHRによるモニタリング・治療評価、医療者教育、スマートシティに向けた官企民のエコシステム構築等と言った分野の専門治療や災害医療のDXの可能性と未来について提言したい。

【シンポジウム 2】

「医療関連 21 世紀創業企業の最先端事情」

講師略歴



中西 智之 (ナカニシ トモユキ)

株式会社 Vitaars (ヴィターズ) 代表取締役社長 / 医師 / 博士 (医学)

生年月日： 1976(昭和 51)年 4 月 10 日生

学歴： 2001(平成 13)年 3 月 京都府立医科大学医学部 卒業

職歴： 2001(平成 13)年 京都府立医科大学医学部附属病院 外科
2003(平成 15)年 熊本赤十字病院 心臓血管外科
2007(平成 19)年 大和市立病院 麻酔科
2009(平成 21)年 武蔵野赤十字病院 救急救命センター
2013(平成 25)年 守口生野記念病院 救急科
2016(平成 28)年 株式会社 T-ICU (*旧社名) 代表取締役
2019(平成 31)年 聖マリアンナ医科大学 非常勤講師 (救急医学)
2021(令和 3)年 東京医科歯科大学 客員准教授
2021(令和 3)年 Marine city medical college&Hospital 国際客員准教授

保有資格： 集中治療専門医 救急科専門医 麻酔科認定医

JPTEC・BLS・FCCS・MIMMS プロバイダー TNT 研修会修了

JATEC・PALS プロバイダー MCCRC 研修会修了

所属学会： 一般社団法人 日本集中治療医学会
一般社団法人 日本救急医学会
公益社団法人 日本麻酔科学会
一般社団法人 日本遠隔医療学会
一般社団法人 日本医療経営学会
一般社団法人 日本医療情報学会
一般社団法人 人工知能学会

経歴概要

京都府立医科大学医学部卒業。心臓血管外科医として6年、麻酔科医として2年の現場経験後、都内救命救急センターに勤務。東日本大震災の際にはDMAT 隊員として発災当日から岩手県大船渡市や陸前高田市での医療活動に従事。その後、集中治療専門医の存在の有無による病院間の診療格差に課題を感じ、2016年に遠隔集中治療（Tele-ICU）の普及に取り組む株式会社 T-ICU（*旧社名）を設立。Doctor to Doctor / Nurse to Doctor の遠隔医療の確立と普及に努め、遠隔医療を広めゆくシステム開発にも注力。集中治療専門医、救急科専門医、日本 DMAT 隊員（2010-2020）。

受賞歴他

2018年9月 三菱総合研究所「未来共創イノベーションネットワーク」
ビジネス・アクセラレーション・プログラム 最優秀賞
2019年8月 Microsoft Innovation Lab Award 2019 最優秀賞
2020年2月 ICC サミット福岡 2020 カタパルトグランプリ優勝
2020年10月 J-Startup KANSAI 選出
2020年11月 「EY アンタレプレナー・オブ・ザ・イヤー 2020 ジャパン」
関西地区 Challenging Spirit 部門 特別賞
2020年11月 「ひょうごクリエイティブビジネスグランプリ 2021」 奨励賞選出
2021年12月 独立行政法人中小企業基盤整備機構「第21回 Japan Venture Awards」
SDGs 特別賞 受賞
2022年2月 一般社団法人関西経済同友会、公益社団法人関西経済連合会主催
「関西財界セミナー賞 2022」 特別賞 受賞

「私にとっての起業」

中西 智之

株式会社 Vitaars 代表取締役社長 / 医師

私は 2001 年に医学部を卒業した、救急や集中治療（ICU）を専門とする医師です。2016 年 10 月に株式会社 Vitaars（起業時は株式会社 T-ICU）を起業し、その事業の中心は遠隔 ICU です。救急・ICU の専門医として臨床で働きながら、専門医の数が少ないために多くの ICU で専門医が治療に関与できていないという課題を目の当たりにし、その解決のためにすでにアメリカで実績のある遠隔 ICU の実現を考えました。一方で病院勤務をしながら遠隔 ICU の普及活動するのは難しく、病院から独立した組織の必要性を感じました。そこで、もともとは起業したいという考えは全く持っていませんでしたが、手段として会社組織が良いのではないかと思い、起業することを決めました。今年で会社は創立 8 年目を迎え、専門医や専門の看護師が 100 名以上登録し、社員数も 50 名にまで成長しました。

上記のような経緯で起業をしたため、起業に関する知識もなく手探りの状態で、まずは遠隔 ICU に必要なシステムを各医療機器メーカーに問い合わせるところから始めました。しかし私が求めるような適切なシステムがありませんでしたので、友人のエンジニアと共同でシステム開発を行うことにしました。その後はビジネスプランコンテストなどに参加しながら少しずつ認知度を高める活動をしていたところ、コロナ禍となりました。コロナ禍は我々の事業にとっては追い風となり、「遠隔医療」と「ICU」のそれぞれに関する認知度が高まり、それらがかけ合わさった「遠隔 ICU」もより広く知られるようになりました。

遠隔 ICU 普及の要件の一つとして診療報酬が認められるかどうかがあります。前回の 2022 年の診療報酬改定で遠隔 ICU に診療報酬を認定する議論がされましたが、最終的には認められませんでした。次回の 2024 年の改定に向けて、学会も積極的に活動を続けており、我々事業社側も遠隔 ICU の業界団体の設立などを行いました。

起業は課題解決の有効な手段です。「資金調達」、「人材採用」、「企業との協業」、「テクノロジーとの融合」などアカデミックなポジションより自由度が高く、よりスピード感を持って取り組みます。一方で、医療領域においてはアカデミアでしか出来ない活動もあり、如何にアカデミアとスタートアップで連携を取るかが重要だとも感じています。私のこれまでのキャリアを考えるとアカデミアのポジションに着くことは難しく、起業を選択することが現実的であったと思っています。

7 年前に起業した時も起業支援の存在の多さに驚きましたが、現在の政府の前向きな取り組みもあり、徐々に良好な環境が形成されつつあります。それらの影響もあってか、若い医師の中には起業を意識する人が増えています。デジタル技術と医療の組み合わせは、医師の働き方改革や医療費の抑制といった課題を解決する鍵であり、スタートアップの特性を活かせばより早く、より良い形で解決できる可能性があります。一方で医療領域は規制が厳しく、スタートアップには

医師の存在が不可欠だとも思っています。医工連携という言葉が使われてしばらく経っていると思いますが、今の状況ではまだまだ不十分であり、より深く、大きな連携が医療系スタートアップの発展には重要だと感じています。

【シンポジウム 2】

「医療関連 21 世紀創業企業の最先端事情」

講師略歴



逆瀬川 光人

株式会社ヘンリー 代表取締役社長

楽天にてスマートフォン戦略グループに配属。楽天 PointClub の立ち上げ PM などを中心に、複数の新規事業開発を経験。

2016 年に上場前の Wantedly に転職し、新規事業室長として上場を経験し、ビジネス・マーケティング領域全般を統括。

その後、「人類の医療・介護のインフラを作る」をミッションに当社を創業。Henry では、開発・導入・採用・資金調達を担当。

「人類の医療・介護のインフラの構築を目指して」

逆瀬川 光人

株式会社ヘンリー 代表取締役社長

株式会社ヘンリーは、「人類の医療・介護のインフラを作る」をミッションに、電子カルテ・レセプトシステムをコアとするクラウド型業務プラットフォーム「Henry」の開発をしている。

医療業界の業務効率化、IT化は30年以上業界の課題として取り組まれ続けていたが、実際に医師・医療従事者が満足がいくシステムを実現できた医療機関及びシステム、ベンダーは存在しなかった。理由としては複雑な診療フローと法制度の制約から開発難易度と導入難易度がともに高く、大企業の新規事業やスタートアップが取り組むには大きすぎるテーマであるからだ。

我々は難しい社会問題を解決するには、この大きすぎるテーマに正面から立ち向かう必要があると考え、約4年の開発期間を経て、中小病院向けに、日本初のレセプト一体型WEB電子カルテをリリースした。

スタートアップ市場においても、成熟が進みすぐに成果がでる領域は減ってきている。近年では、これまで解決できなかった大きな課題に正面から取り組める企業が求められている。

ヘンリーももれなく、大きなテーマに正面から挑むスタートアップとして超少子高齢社会における持続可能な医療体制を実現するべく、事業展開をしている。電子カルテ・レセプトシステムという医療機関のインフラを皮切りに、地域医療・介護のプラットフォームを展開していく予定だ。

高齢者増加による医療需要の増加や労働人口の減少、過疎化地域における医療体制維持などは、日本のみの問題ではなく、諸先進国や東アジアでも同様に問題となっている。

ヘンリーは、超少子高齢社会先進国である日本においてまず成功事例を作り、日本発のスタートアップとして世界に展開していき、世界の医療体制の維持に寄与していきたいと思っている。

【シンポジウム 2】

「医療関連 21 世紀創業企業の最先端事情」

講師略歴



菊池 亮 (きくち りょう)

2010 年帝京大学医学部卒業。帝京大学医学部附属病院、関連病院にて整形外科に従事後、2016 年にファストドクター株式会社を創業し代表取締役に就任。「生活者の不安と医療者の負担をなくす」をミッションに掲げ、7000 万人がアクセスできる救急医療プラットフォームを提供。

学歴及び職歴：

- 2010 年：帝京大学医学部医学科卒業
- 2012 年：帝京大学医学部整形外科学講座入局
- 2016 年：ファストドクター株式会社代表取締役（～現在）
- 2017 年：帝京大学医学部整形外科学講座助手（～2018 年）
- 2019 年：帝京大学医学部救急医学講座助手（～2019 年）
- 2023 年：帝京大学医学部総合診療科非常勤講師（～現在）

所属学会・認定医など：

- 日本整形外科学会専門医
- 日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医

兼任：

- 公益社団法人東京都医師会在宅医療委員会委員
- 一般社団法人練馬区医師会在宅医療推進協議会委員
- 一般社団法人日本在宅救急医学会評議員
- 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス災害対策委員会委員
- 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員

「在宅医療」

菊池 亮

ファストドクター株式会社 代表取締役

ファストドクターは創業から7年目を迎え、一貫して夜間休日に特化した医療支援を行なってきました。患者に「上手な医療のかかり方」を啓発することに加えて、持続可能な「かかりつけ医機能」を実現するための活動を続けています。

コロナ禍における「患者の急増」と「浸透しないかかりつけ医機能」は、医療に深刻な不安をもたらしましたが、少子高齢化によって医療需要がピークを迎えるとされる2040年に向けても、かかりつけ医機能が浸透していかなければ、消防や病院に大きな負担がかかり、混乱が生じることが懸念されています。近年、かかりつけ医の制度化を求める声もありますが、大切なのは制度化することではなく、24時間体制のかかりつけ医機能を持続可能な形で構築することにあると考えます。その意味では、コロナ禍で都市圏を中心に組み込まれた、自宅療養者等への医療支援体制は、「分業と連携」により、これを構築できた好事例だったのではないかと感じます。

本シンポジウムを通じて、今後に備えるべき医療体制について検討したいと思います。

一般演題

演題 A-1

ユニット型での取り組みが与えた影響について

○山田雄大、上野拓真、宇留野小枝

医療法人伯鳳会 介護老人保健施設はくほう

【背景】当施設の新設移転に伴い、従来型老健からユニット型老健へと移行し、老健としての取り組みに違いがみられた。従来型とは、多床室が多く食堂や交流スペースを施設単位で配置しているもの。ユニット型とは、全室個室で生活共同スペースを居室に隣接して配置することで家庭に近い環境を作ったものである。

【目的】ユニット型ならではの取り組みを行うことで、在宅復帰率や収益など様々な事象について変化が見られたため報告する。

【方法】変化が見られた事例について、移転前後のデータを後ろ向きに調査し比較する。

【結果】最も大きな変化点として、移転前後の在宅復帰率が約3倍と大幅な向上が見られた。また、それに伴い施設全体の収益も向上する結果となった。

【考察】主な取り組み内容として、ユニット型老健の特性を活かし、利用者一人ひとりの考えに沿った過ごし方を尊重することで、より在宅生活に近い環境を提供した。また、多職種連携を意識的に行う事で生活リハビリを積極的に取り入れ、生活能力の向上に努めた。それらの工夫により、「心」と「身」の両方から利用者をサポートし、「その方らしい生活」が送れる援助が行えた。これらのアプローチにより、在宅復帰意欲を高めることができ、結果として在宅復帰率の向上を認め、収益向上にも繋がったと考える。

【結語】老健本来の役割や、昨今の介護保険事業における在宅医療・介護の推進を加味すると在宅復帰を目指す必要性は高い。しかし、本当の意味での在宅復帰を目指すためには、利用者本人の意思やそれを受け入れる家族のサポートなど様々な要素を乗り越えなければならない。それらのことを今回ユニット型での取り組みを通して、再認識出来た。また、運営上無視出来ない収益アップが同時に行えたことも大きな収穫であると考えます。

演題 A-2

病床の機能転換から新病棟建築による患者増

○小池聡、古城資久、佐嶋健一、川野奈緒美、小松潤二、鈴木強司、西塚農
医療法人積仁会 旭ヶ丘病院

【要旨】

地域の医療ニーズに合わせ病床機能転換を繰り返したことで収益を向上させ経営の健全化を図り、念願の病院の建て替えを行うことが出来た。

また、新型コロナウイルスワクチン接種を実施する中で地域における病院の認知度が上がり外来患者数増加に繋がった。

今後は医療・介護サービスの向上を図り選ばれる病院を目指す。

【導入】

当院は埼玉県西部日高市にある一般 19 床、地域包括ケア 26 床、回復期リハ 37 床、療養 60 床、合計 142 床のケアミックス病院。

令和 3 年 11 月より着工したが、正に新型コロナウイルス感染症蔓延中であった。

新型コロナウイルスワクチン接種を日高市と連携を図り行ったことで病院の認知度が上がった。

この度、念願であった病院の建て替えが完成し、昨年（令和 4 年）11 月に開院することが出来た。新病院開院後の外来患者数増加について考察した。

【方法】

- ・機能転換（病床種別変更）による変遷
- ・コロナワクチン接種累計回数
- ・1 日平均外来患者数比較

【考察】

- ・病棟入院料の変遷

機能転換による日当円の変遷

（平成 30 年度 → 令和 2 年度 → 令和 5 年 9 月）

一般病棟 44 床 28,661 円→19 床 36,514 円→40,610 円

療養病棟 90 床 17,383 円→60 床 19,566 円→21,214 円

ケアミックス機能を活用した病院連携の推進

近隣には急性期医療を担う大病院があり当院が亜急性期に病床機能転換したことで

より柔軟に患者受入が可能となった。

- ・新型コロナウイルスへの積極的対応

新型コロナウイルス患者の発熱外来・重点医療機関として受入を積極的に行った。

また、ワクチン接種に来院される方に新棟建て替えをアピール出来た事が患者増加の大きな要因となった。

- ・1日平均外来患者数

新病院開設前2年間は145人、開設後10ヶ月で164人と増加した。

【結語】

病院機能を転換して地域医療の推進につなげた。地域の医療ニーズに柔軟に対応しケアミックスの機能を最大限に活かした。

また、緊急事態宣言の中、新型コロナウイルス感染症にも積極的対応したことで経営の健全化が図れ、新病院開院に繋がられた。

演題 A-3

医療機関の管理会計システムと COVID-19 —ある地域の中規模私立医療法人における BSC の実践—

○井上秀一¹，丹羽修二²，松本亮³

¹追手門学院大学，^{2,3}日本経営ウィル税理士法人

本研究の目的は，COVID-19(コロナ)禍で，医療機関のバランスト・スコアカード(BSC)を例として，管理会計システムがどのように運用されているかを明らかにすることである。先行研究では，医療機関においても予算編成と予算統制からなる伝統的な予算管理や，財務数値だけでなく非財務数値も含めて評価を行う BSC 等の管理会計手法を用いて，医療専門職の業績評価が試みられていることが報告されている(e.g. 荒井 2017；阪口 2017)。

しかし，三矢他(2020)によれば，コロナのようなクライシスと呼ばれるイベントにおいては，過去の情報を参照しながら未来の着地点を推測する管理会計システムは，情報の信頼度の揺らぎにより，その機能が低下し，意思決定の精度が落ちるといふ。そこで，本研究では，「コロナのような異常時において，管理会計システムを機能させるため，業績評価や BSC はどのように実践されているのか」というリサーチ・クエスチョンを設定し，インタビューを実施する。

リサーチ・サイトは，BSC を 10 年以上に渡り継続的に実施している地域の中規模私立医療法人(A 法人)である。A 法人は，200 床～400 床程度の規模であり，コロナに関して重点医療機関に指定されている総合病院である。2018 年～2019 年(コロナ前)に計 3 回，計 3 時間 5 分，2023 年(コロナ後)に計 2 回，計 1 時間 30 分，トップ計 6 名にインタビューを実施した。

調査の結果，コロナ禍において，BSC をはじめとする管理会計システムを機能させる要因として，以下の 3 点が示唆された。(1)コロナの影響を考慮した上で，会計情報に基づき現場の活動を見える化し，組織目標と個人目標を有機的に連携させること。(2)事務方と医療専門職が会計的コミュニケーションを行い，コロナ禍における会計情報の妥当性や，医療専門職の管理会計システムに対する納得感を醸成すること。(3)多職種横断で会計的コミュニケーションを行う場を設け，コロナ禍における医療専門職の水平的な連携を促進させること。

演題 A-4

看護師の職業継続意思の規定因に関する一考察 —地方における公立 A 病院を事例として—

菊地諒大

広島国際大学 大学院 医療・福祉科学研究科 医療経営学専攻

本研究は、地方の公立病院の職業継続意思の現状を把握し、看護師の職業継続意思の規定因を明らかにすることで、離職防止につながる方策を提示することを目的とする。

調査対象は、100床規模の公立病院に勤務する看護師 85名である。表 1 はアンケート項目の内容である。

表1:アンケート項目の内容	
調査項目	項目内容
個人属性	年齢、経験年数（現在、他病院）、婚姻状況、子供の有無の5項目
ケアの構造の指標	（患者に対する看護師数、看護職員の超過勤務の程度、患者一人当たりのケアの合計時間）の3項目
環境要因	・ Herzberg(1989)の環境要因(翻訳:撫養(2014))の項目を使用。 ・ (上司、看護師同士、他職種、患者)の関係、看護管理の質、病院及び看護部の方針、労働条件、給料)の8項目
組織コミットメント	・ Allen、Meyer (1993)の尺度を使用(翻訳:高橋(2002))。 ・ (情動的、継続的、規範的)コミットメントの18項目
バーンアウト	・ Maslach、Jacksonに準拠して、久保(2004)が改定した尺度を使用。 ・ 情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の17項目
職業継続意思	現在の組織に看護師として就業を継続する意思を「有り」、「無し」で回答。

この中の組織コミットメントとは、「ある特定の組織に対する個人の同一化(identification)および関与(involve)の強さ」という定義であり「情動的、継続的、規範的」の3つの因子が存在する。「情動的」とは、個人の組織に対する心理的愛着や一体感であり、「継続的」とは、個人が組織を去る際の費用や損失に基づく損得勘定であり、「規範的」とは、組織への義務感や忠誠心のことを説明している。

アンケート調査は、看護師 77名回収、欠損値のない 62名(72.9%)の回答を使用して分析した。職業継続意思の回答結果で、「有り」と回答した人が 87.1%である。

表 2、3 は職業継続意思の有無と年齢階層の組織コミットメントの回答割合である。職業継続意思がある人は、「情動的コミットメント」が良い回答が多く、「規範的コミットメント」は少なかった。年齢別の環境要因の回答割合では、継続的コミットメントの、40歳以上の人の良い回答が多かった。

表2:職業継続意思の有無 組織コミットメントの各項目の回答割合

職業継続意思		「有り」		「無し」	
組織コミットメントの各項目名		良い割合	悪い割合	良い割合	悪い割合
情動的	キャリア形成	88%	32%	0%	100%
	自身の問題	38%	37%	0%	100%
	帰属意識 (R)	47%	53%	63%	38%
	感情移入 (R)	38%	58%	75%	25%
	メンバー (R)	48%	32%	68%	13%
継続的	個人的な意味	62%	38%	13%	88%
	現状維持	66%	40%	13%	88%
	離職困難	41%	38%	25%	75%
	生活崩壊	56%	44%	13%	88%
	限定的選択肢	46%	34%	25%	75%
規範的	積極的転職	62%	25%	63%	13%
	限定的転職先	43%	39%	13%	88%
	義理 (R)	57%	43%	63%	13%
	有利転職	34%	66%	25%	75%
	罪悪感	22%	78%	0%	100%
規範的	忠誠	39%	33%	13%	88%
	義務感	63%	37%	38%	63%
	恩	46%	34%	0%	100%

※R=リバースクエーション

表3:年齢階層別 組織コミットメントの各項目の回答割合

組織コミットメントの各項目名		年齢の組織コミットメントの「良い」、「悪い」回答割合										
		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳以上		
情動的	キャリア形成	20	80	29	71	38	62	41	59	33	66	
	自身の問題	20	80	47	53	69	31	76	24	100	0	
	帰属意識 (R)	25	75	53	47	58	42	29	71	66	33	
	感情移入 (R)	40	60	47	53	46	54	24	76	33	66	
	メンバー (R)	60	40	71	29	42	58	41	59	66	33	
	個人的な意味	40	60	65	35	50	50	76	24	33	66	
	継続的	現状維持	20	80	47	53	54	46	82	18	66	33
		離職困難	40	60	35	65	50	50	35	65	0	100
		生活崩壊	40	60	65	35	54	46	47	53	33	66
		限定的選択肢	40	60	35	65	50	50	53	47	33	66
積極的転職		100	0	76	24	73	27	76	24	66	33	
規範的	限定的転職先	40	60	35	65	54	46	24	76	66	33	
	義理 (R)	60	40	65	35	69	31	47	53	33	66	
	有利転職	20	80	50	50	32	68	29	71	33	66	
	罪悪感	20	80	24	76	31	69	94	6	0	100	
	忠誠	40	60	47	53	27	73	38	62	50	50	
規範的	義務感	60	40	65	35	58	42	59	41	66	33	
	恩	40	60	53	47	42	58	41	59	0	100	

※R=リバースクエーション

看護師の職業継続意思について、「有り」が87.1%であり、大多数が現在の組織で継続したいと考えている。本研究の看護師の職業継続意思の要因は、情動的コミットメントが関連し、継続的コミットメントや規範的コミットメントは関連が低いことが明らかになった。年齢別だと40歳以上の看護師は継続的コミットメントが関連していると明らかになった。

そのことから、職業継続意思がある看護師は、組織の一員として所属していることに誇りを持つことで、組織に留まりたいと考え情動的コミットメントが高くなり、年齢が高くなるほど自身の現在の地位や報酬を手放してしまうと考え、継続的コミットメントが高くなるという傾向が見られた。

演題 B-1

医療消費者の診療所選択プロセス —都市近郊に居住する会社員を対象とした M-GTA 分析—

○中村崇裕、高梨千賀子、野中誠

東洋大学大学院 経営学研究科ビジネス・会計ファイナンス専攻

■背景

医療消費者は診療所に関連する様々な情報を得て、自ら評価することで診療所を選択している。一般消費者の購買行動プロセスに関する先行研究は多数あるが、医療分野を対象とした診療所選択プロセスに関する研究は十分でない。

■目的

医療消費者の診療所選択プロセスと、これに影響する要因を特定する。

■方法

都市近郊に居住する男女会社員 12 名を対象に半構造化インタビューを行い、M-GTA により概念を抽出した。これらの因果関係に着目し、診療所選択プロセスのモデルを作成する。なお、本研究は東洋大学の倫理審査委員会の承認を得ている。

■結果

医療消費者の受診に際して、「気づき（不調の認知）」、「検索（診療所探索に関連する情報）」、「受容（得られた情報）」、「比較（診療所間）」、「選択（自分に合った診療所）」のプロセスを経るモデルを得た。また、その影響要因として、信頼できる情報取得環境、仕事への影響の少なさの 2 つを得た。特に、仕事への影響の少なさは、選択プロセス全体に深く影響していることを示した。

■考察

本研究が示したモデルは、選択プロセスの各段階の考察を深める上での有用な参照モデルとなり得る。先行研究では、医療消費者は初回受診先の選択時に熟考的思考の「システム 2」モードにあることを報告している。本研究では、気づき段階で過去の経験から原因を推測できない時は「システム 2」にあるが、推測できる時は直観的思考の「システム 1」モードにあることを示した。こうした考察は、診療所情報提供者が、情報提供の質を高める上で有用な参照モデルになるものと考えられる。

■結語

本研究では、M-GTA により、医療消費者の診療所選択プロセスとその影響要因のモデルを得た。また、気づき段階でシステム 1 とシステム 2 の両方のモードで情報処理していることを示した。今後の課題として、本モデルを裏付ける実証研究を実施し、効果的な情報提供方法を検討する必要がある。

演題 B-2

大都市圏と地方都市圏における 地域連携診療計画加算の取得状況について

羽明英敏

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 医療経営管理分野 修士課程

【背景・目的】地域の医療機関相互の連携を促進する手段として「地域連携クリニカルパス（以下「パス」）があり、診療報酬では「地域連携診療計画加算（300点）」で評価される。対象疾患は大腿骨頸部骨折、脳卒中以外にも拡大しているが、連携医療機関と年3回以上の面談を実施しパスの評価と見直しを適切に行うことなど、算定要件のハードルが高く、平時から連携先との良好な関係構築が求められる。本研究は大都市圏と地方都市圏における医療提供体制と本加算の取得状況に着目し、地域特性とパスの関連性を明らかにする。

【方法】二次医療圏データベース（株式会社ウェルネス提供）とNDB-SCR（内閣府提供）を用いて、二次医療圏単位での医療提供体制と本加算の取得状況との関係性を分析した。SCR（標準化レセプト出現比）は100より大きければその医療圏では当該指標に関連する医療行為が全国平均よりも多く行われており、100より小さければ少ないことを意味する。

【結果】2020年のSCRでは126の医療圏で本加算を取得していた（※算定医療機関数が3未満となる医療圏は非公開となるため過疎地域は不明が多い点に留意が必要）。最大値は535（下関）、最小値は1（さいたま）で、大きな地域差が認められた。地域特性でSCRの分布を比較したところ、大都市型医療圏では平均87（n:40）、地方都市型では180（n:80）、過疎地域型では300（n:6）と、大都市圏より地方都市圏での取得が有意に高い傾向にあった。

本加算は病院を中心としたネットワーク形成が前提であることを踏まえ、病院数との関係を分析した結果、病院が少ない医療圏ほど取得が高い傾向にあり、50施設以下の医療圏にその傾向が強かった（図1）。また、大都市圏では地域差が小さいが地方都市圏では地域差が大きい傾向にあった。病床機能区分との関係について重回帰分析した結果、SCRは急性期病床数と負の弱い相関、回復期病床数と正の弱い相関が認められた。図1では急性期病床数をバブルサイズで示した。

【考察】本加算は地方都市圏で算定要件を満たし取得しやすいことが示唆された。大都市圏では急性期病院を中心にステークホルダーが多く関係構築が容易ではないことやパスが病院毎に多様化しやすいことが加算取得の阻害要因の可能性もある。SCRで上位にある下関、伊那、西三河北部では地域医師会や基幹病院がパスを軸とした医療連携を推進している実態が

あることから、限られた医療資源の有効活用に取り組む推進役の存在が地方都市圏間の算定取得の差に影響している可能性がある。

これらの要因を特定し類型化することによりパスの普及と地域連携の促進に貢献できる可能性がある。

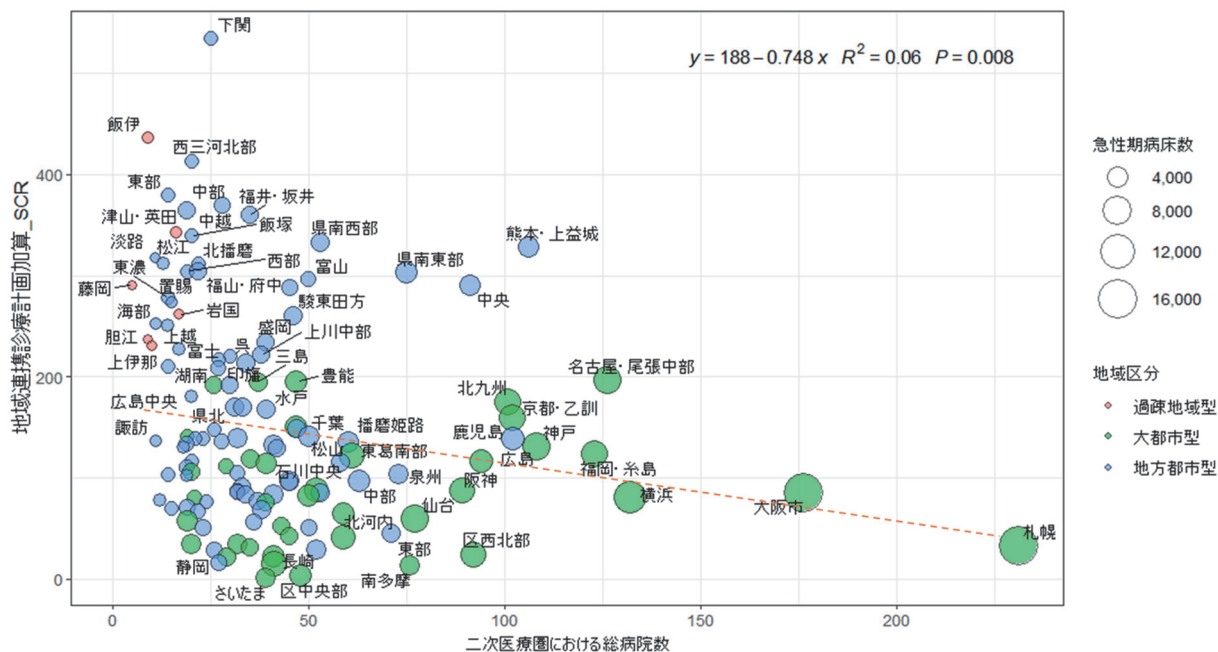


図1: 二次医療圏における病院数・急性期病床数とSCRの関係

演題 B-3

セクター別に見た医師不足の定量的考察

藪下千恵美

国際医療福祉大学 東京赤坂キャンパス

【背景・目的】

1980年以降は医師過剰とされ続けたが、2003年以降より医師不足と認識されている。毎年約9000人以上が医師国家試験に合格し医師として勤務している。しかしワークライフバランスを重視する若手医師が増え、過酷な勤務時間を強いられていた外科医や救急医、産科医が不足で深刻な状況である。そこで機能に応じた医師数の不足や、診療科・過疎地域への医師数について現況を調査した。

【方法】

厚生労働省より「医師・歯科医師・薬剤師調査」1996年～2016年のデータの提供の承諾を受け、加工した医師数に関するデータを用いて、全国医師総数、医療機関別（病院・診療所）、性別、年齢階級別、地域区分別に解析を行った。

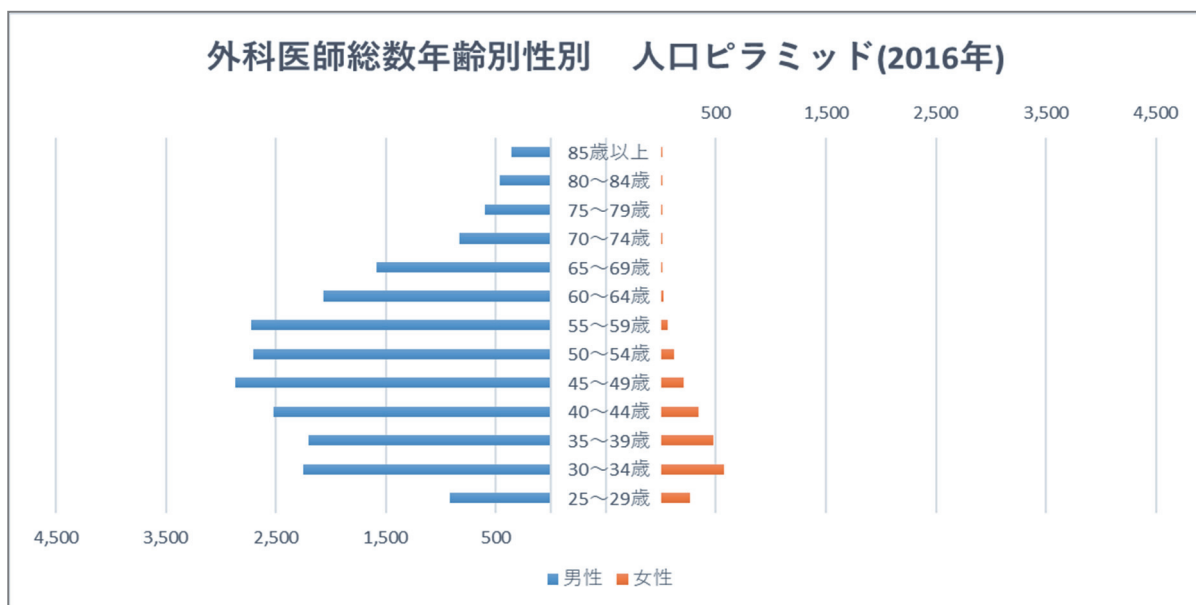
【結果】

全国医師数は1996年から2016年の20年間に於いて32.3%増えており、病院勤務医は36.5%、診療所では24.7%増えている。医師総数性別では、男：女85%：15%（1996年）、74%：26%（2016年）と女性医師が増加している。年齢階級では、40代（21.6%）・50代（152.7%）・60代（70.4%）増加していた。しかし30代の増減率は、-2.2%と減少がみられた。診療科別外科総数では、女性医師が徐々に増加している中1996年と2016年の20年間を比較すると-7.6%減少している。特に20代（-64.4%）30代（-29.9%）減少している。脳神経外科総数は20年間で30.6%増加しているが、20代（-58.4%）30代（-28.9%）減少している。2006年医療法等の一部改正する法律において診療科名の改正が行われたことで、救急科の標榜が表示されたため、2006年以降より医師数が表示されている。2016年までの10年間で90.5%増加しており、2016年時点で3,244名の医師が確認された。二次医療圏でみた20年間の増減率において、336地域（2015年時点）のうち80地区であり、過疎地域で63地区であった。

【考察】

全国の医師総数は20年前に比べて32.3%増加しているが、40代以降の世代で保たれているといえる（図、赤枠表示）。この世代の20年後は退職する世代になる。では退職する世代が抜けた後、現在20代が40代、30代が50代になった時、果たして20～30代世代が現在より医師として従事しているのか不安なところである。10年ごとに比較してもその世代は減少傾向であり、特に2016年の20代総数は40代総数に比べて-59.4%であるため、20～30

代世代の医師を確保することが重要である。救急科総数では10年間で増加していることは結果で示しているが、3,244名の医師で救急対応が可能であるか疑問である。2016年の救急車出動件数は約6,209千件であることから、医師不足であることを認識することができる。現在の医師総数が保たれる事より、10年後、20年後のことを考慮しながら、不足している診療科への医師確保、また同時に20～30代世代が働きやすい環境を作り上げていくことが必要であり今後の課題でもある。



廣告

広告一覧

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所

伯鳳会グループ

株式会社ASK梓診療報酬研究所

<http://ask-azus.com/>



医療機関や介護サービス事業者様の経営健全化に向けて、経営課題・問題点を調査・診断し、健全方策をご提供させていただくと同時に、必要に応じ改善実施計画を推進していくことを目指しています。

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所

代表取締役 中林 梓

〒065-0033 北海道札幌市東区北三十三条東 9 丁目 1-20

TEL.011-753-0408 FAX.011-753-0428

Email: ask-azus@zf6.so-net.ne.jp

伯鳳会グループ



医療法人伯鳳会



社会福祉法人あそか会



社会福祉法人玄武会



医療法人 五葉会



社会福祉法人大阪暁明館



医療法人 積仁会



セントラルメディカルサービス